Rok XLIV. Kraków 12 Sierpnia 1905. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dra Marsa i zakładu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta.

Przypadek zapalenia płuc, nabytego w łonie matki.

Podali

Dr. K. Bocheński i Dr. M. Gröbel
asystent kliniki. demonstrator zakładu.

Sprawa przechodzenia niektórych istot z ustroju matki przez łożysko do płodu posiada dotychczas dość sporą literaturę. Dzięki licznym doświadczeniom i badaniom naukowym, czynionym w tym kierunku, zdobyto w tej kwestyi pewne prawdy, poznano niektóre zjawiska i wytłómaczono wiele faktów, przedtem ciemnych. I tak wiemy, że wszystkie trucizny, które dostają się do ustroju matki w stanie lotnym, niewątpliwie przedostają się przez łożysko do płodu. Doświadczenia w tym kierunku przeprowadził Freund (1) i Falk (2) z tlenkiem węgla, Breslau (3) i Spöndly (4) z gazem świetlnym, Français (5) z amoniakiem. Zweifel (6), Fehling (7) i wreszcie Merttens (8), asystent Ahlfelda, stwierdzili niezawodnie przechodzenie na płód chloroformu przez łożysko. Wiadomą jest rzeczą, że u noworodków w powietrzu wydychanem z płuc znajdowano eter, w razie gdy go matka wdychiwała przed rozwiązaniem. Stwierdzono również, że istoty rozpuszczalne, jeżeli znajdują się we krwi matki w stanie płynnym, niezmienionym, przechodzą przez łożysko na płód, chyba że zmiany krwi są tego rodzaju, iż przeszkadzają ich dyfuzyi. Clonet (9) np. wykazał fosfor w wątrobie płodu, Robolski (10) znalazł rtęć w moczu i smółce płodu, Reinert (11) wykazał w przewlekłem zatruciu matek ołowiem tożsamo cierpienie u wszystkich ich dzieci. O przechodzeniu morfiny do ustroju płodu nie można wątpić na podstawie znanych badań i rozpraw. Co więcej, znane są przypadki, że jeżeli matka była morfinistką, to i płód jej przyzwyczajał się do większych dawek tego środka i mimoto przychodził na świat żywy i donoszony. Kormann (12) n. p. ogłasza przypadek, gdzie matka wyżyła w czasie ciąży conajmniej 6 822 morfiny, a w dniu porodu 0.072. Bureau (13) spostrzegał nawet użycie dziennej dawki jednego grama. Analiza chemiczna wykazała w tym przypadku morfinę we krwi płodu. De Domenicis (14) wykazał, że w ostrem otruciu przez użycie wewnętrzne lub podskórne strychnina przechodzi przez łożysko na płód. Znane są również nieliczne spostrzeżenia, stwierdzające przechodzenie z matki na płód rozpuszczalnych trucizn zwierzęcych, np. toksyn i antytoksyn.

Niektóre przypadki, znane w piśmiennictwie, przemawiają za tem, że szczepienie ochronne przeciwospowe w czasie ciąży udziela się i płodowi. Hernieux (15) podaje, że na 152 noworodków, których matki w czasie ciąży były szczepione, u 106 szczepienie się przyjęło, u 46 nie. Pollak szczepił 46 ciężarnych; z tych na 14 pierwiastek 9 dzieci zostały szczepione ze skutkiem, a 5 bez skutku; u 22 zaś dzieci wieloródek przyjęło się szczepienie w 6 przypadkach, a nie przyjęło się w 16. Zajmujący jest również przypadek, jaki ogłosił Jacoutini (16). Stwierdził on mianowicie na nieżywo urodzonem dziecku zupełnie typowo rozwiniętą osutkę ospową, podczas gdy matka zupełnie była zdrową, ale dwoje żyjących dzieci krótko przedtem przebywało ospę. W tym przypadku matka była wobec ospy odporną, odporność ta jednak nie przeniosła się na płód.

Kilkakrotnie wykazano (Chamberlent (17), Nosse, Daunic (18), typową aglutynacyę krwi płodu w przypadkach, gdzie matka przebyła dur dopiero w ostatnich miesiącach ciąży.

Co się tyczy ciał upostaciowanych, to należy tu wspomnieć o doświadczeniach Reitza (19), Marsa (20) i Perlsa (21), które wykazały przejście tych ciał przez łożysko do płodu; tak n. p. Marsowi na 15 przypadków udało się w 13 wykazać, że ciała upostaciowane dostają się do krążenia płodu. Istnieje nawet spostrzeżenie przerzutu nowotworowego z matki na płód, mianowicie Friedreich (22) opisał przypadek, w którym matka w kilka dni po porodzie zmarła na ogólne zrakowacenie ustroju, a u płodu znalazł przerzut rakowy na kolanie.

Z ciał upostaciowanych żywych, mogących przejść przez łożysko, największą rolę niewątpliwie odgrywają drobnoustroje. Ważne pytanie, czy wogóle drobnoustroje przechodzą z matki na płód, zajmowało i zajmuje po dziś dzień wielu badaczy, mimoto dotychczas jest jeszcze kwestyą sporną. Jedni, jak Birch-Hirschfeld (23), Kubassow (24), Baumgarten (25), Lubarsch (26), sądzą, że przez zdrowe łożysko mogą przejść drobnoustroje; inni natomiast Wolff (27), Wyssokowitsch (28), Malvoz (29) są zdania, że dzieje się to dopiero przy obecności patologicznych zmian jego. Malvoz w swoich doświadczeniach wykazał, że zmiany anatomopatologiczne w łożysku, szczególnie zaś liczne wybroczyny w kosmkach przyczyniają się do tego, że krew w przestrzeniach międzykosmkowych, a zatem matczyna, może się bezpośrednio mieszać z krwią, znajdującą się w naczyniach kosmków, a zatem płodową, a w ten sposób bardzo łatwo zakażenie z matki na płód przejść może.

Wspomniane uszkodzenia łożyska powstają nierzadko pod wpływem chorób zakaźnych, wśród których występują krwawienia do jamy macicy, powodujące częściowe odklejenie się łożyska. Aby drobnoustroje mogły przedostać się do płodu, uszkodzenia łożyska mogą być nawet nieznaczne. Z doświadczeń Charrina i Duclerta (30) wynika

n. p., że jeżeli zwierzęta były poprzednio zatrute (np. kwasem mlekowym lub sublimatem), to przechodzenie drobnoustrojów przez łożysko, mniej odporne wskutek zatrucia zwierzęcia, udawało się lepiej. Ci sami autorowie wstrzykiwali 16 świnkom morskim *bacillus pyocyaneus;* z tych 12 wstrzykiwali równocześnie toksyny, a mianowicie maleinę i tuberkulinę, a następnie w płodach ich zawsze znajdowali prątki, podczas gdy w 4 przypadkach, w których toksyn tych nie wstrzykiwali, prątków nie znaleźli. Autorowie ci sądzą, że toksyny przy chorobach zakaźnych mogą wywołać takie zmiany w łożysku, iż jego siła przesączająca zostaje zmniejszona, a tem samem może się ono stać przepuszczalnem dla drobnoustrojów.

Że śródmaciczne zakażenie płodu jest możliwe, o tem przekonywają nas nietylko doświadczenia na zwierzętach, ale również liczne spostrzeżenia kliniczne w przebiegu niektórych chorób zakaźnych.

Marschaud (31) opisuje przypadek przejścia prątków wąglika z matki na płód; w łożysku zaś samem zmian żadnych wykazać nie mógł. Zakażenie zatem musiało tutaj nastąpić w ten sposób, że prątki wąglika nie wywołały żadnych widocznych zmian w kosmkach, lecz poprostu je przerosły. Na tem stanowisku stoją dzisiaj tak poważni badacze, jak Birch-Hirschfeld, Lubarsch i inni. Dzieje się to zaś u ludzi łatwiej, niż u zwierząt, gdyż budowa łożyska ludzkiego jest delikatniejsza, niż u tych ostatnich. Znane są w piśmiennictwie spostrzeżenia Lebedeffa (32), który znalazł paciorkowce róży w tkance tłuszczowej podskórnej płodu; również spostrzeżenia Doederleina (33) i Zweifla (34) zdają się przemawiać za możliwością śródmacicznego zakażenia nimi. Eberth (35) i Janiszewski (36) wykazali prątki durowe u płodu, H. W. Freund i Levy (37) wykazali je również w łożysku i ciele płodu, urodzonego w czwartym tygodniu choroby matki. To samo stwierdzili Hildebrandt (38), Ernst (39), Frascani (40) i inni (41).

Według spostrzeżeń Soreniego (42) zarazki zimnicy nie przechodzą przez łożysko na płód, a występujące często przy niej poronienie lub przyspieszenie porodu tłómaczy autor nagromadzeniem się pasorzytów w części matczynej łożyska. Przejście prątków cholery kurzej na płód stwierdził Chamberland. Zakażenie śródmaciczne ospą zostało wielokrotnie stwierdzone; niektóre dzieci rodzą się ze śladami po przebyciu tej choroby wewnątrz macicy. Znany Mauriceau n. p. urodził się z bliznami ospowemi. Podobnych przypadków ogłoszono dotychczas kilkanaście. Śródmaciczne zakażenie płonicą zdaje się również nie ulegać wątpliwości. Na 18 przypadków, jakie Ballantyne (42) zebrał z piśmiennictwa, zakażenie nastąpiło również i u płodu i to zdaje się niemal równocześnie z matką, gdyż łuszczenie się wystąpiło równocześnie u matki i u płodu. Przy odrze matki rodzą się dzieci często z wyraźną osutką odrową. W 6 przypadkach wykazał Thomas (43) śródmaciczne zakażenie płodu odrą. Clarus (44) opisuje przypadek śmierci matki w okresie łuszczenia się; płód, urodzony przez cięcie cesarskie, okazywał wyraźną osutkę odrową. W przypadku tym cztery dni przed śmiercią miała chora silny dreszcz i odczuwała gwałtowne ruchy płodu; zdaniem autora w tym czasie właśnie wystąpiła u płodu gorączka, towarzysząca pojawieniu się osutki.

Niepewne są spostrzeżenia Tizzoniego i Cuttaniego (45) co do przejścia cholery azyatyckiej z matki na płód.

Dla szeregu innych chorób zakaźnych ostrych możliwość śródmacicznego zakażenia wykazano tylko doświadczalnie, tak n. p. dla nosacizny Löffler (46), dla wścieklizny Konradi (47).

Co się tyczy chorób zakaźnych przewlekłych, to pomijając kiłę, która niewątpliwie przechodzi z matki na płód, najważniejszą rolę odgrywa gruźlica, uważana przez większość autorów z Baumgartenem na czele za dziedziczną, podczas gdy inni, jak R. Koch i jego uczniowie, a zwłaszcza Cornet, twierdzą, że przeważnie zakażenie następuje dopiero w życiu pozamacicznem. Nie naszą jest rzeczą na tem miejscu rozstrzygać, które z tych zapatrywań jest słuszne; nadmienić jednak musimy, że nie brak spostrzeżeń tak u ludzi, jakoteż i u zwierząt, przemawiających za zakażeniem śródmacicznem. I tak n. p. znany jest przypadek Johnea (48), który u cielęcia, pochodzącego z dotkniętej perlicą krowy, wykazał wyraźną gruźlicę i znalazł prątki. Lebküchner (49) zebrał 12 przypadków z piśmiennictwa, w których na pewno stwierdzono wrodzoną gruźlicę. Niedawno Schmorl i Geipel (50) ogłosili 9 przypadków, w których wykazali rozpadowe ogniska gruźlicze w łożysku, skąd bardzo łatwo mogły przejść prątki gruźlicze na płód.

Jak z powyższego widać, zakażenie płodu śródmaciczne w przebiegu zakaźnej choroby matki przydarza się stosunkowo rzadko, to też sądzimy, że przypadek, który niżej opisujemy, a który spostrzegaliśmy w klinice położniczej lwowskiej, obudzi zainteresowanie.

A. B., lat 39, rz.-kat., wolna, zarobnica, zgłosiła się dnia 24/XI 1904 do kliniki. Rodziła 6 razy siłami natury, na czasie; połogi prawidłowe; nie roniła. Ostatnia regularność z początkiem marca, pierwsze ruchy poczuła w lipcu. Od tygodnia żali się na bole i kłucie w boku prawym, szczególnie od tyłu, dreszcze, uczucie zimna i duszność.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa kośćca i odżywienie liche. Sinica na twarzy. Oddychanie powierzchowne, przyśpieszone. Język suchy, obłożony, ciepłota ciała 38·8°. Klatka piersiowa licho wysklepiona, sutki słabo rozwinięte, zawierają klej. Opukiwanie klatki piersiowej wykazuje: po stronie lewej bez zmian, po stronie prawej od tyłu odgłos stłumiony od kąta łopatki. Po stronie lewej u szczytu płuc wdech i wydech zaostrzony, zresztą prawidłowy; po stronie prawej zaś w miejscu opisanego stłumienia wyraźnie oskrzelowy, powyżej również zaostrzony. W miejscu stłumienia drżenie wyraźnie wzmożone. Stłumienie serca na prawidłowej przestrzeni, tony serca czyste, tętno dobrze napięte, 92 uderzeń na minutę. Brzuch równomiernie wypuklony przez macicę ciężarną w X-tym miesiącu ciąży. Płód w położeniu czaszkowem drugiem, główka nad wchodem miednicy, ruchoma.

Rozpoznano: *Pneumonia lobi inferioris pulmonis dextri in gravida X m.*

Z powodu braku miejsca w klinice umieszczono chorą w oddziale chorób wewnętrznych szpitala.

W 3 dni później, t. j. d. 27/XI o godz. 2-giej popołudniu przeniesiono chorą napowrót do kliniki z powodu wystąpienia czynności porodowej. Chora podaje, że pierwsze bole wystąpiły u niej o godz. 9-tej rano i że wnet potem odpłynęły wody płodowe. Badanie płuc, oprócz zmian poprzednio znalezionych, wykazało liczne rzężenia grubo i średniobańkowe w okolicy wyżej opisanego przytłumienia. Chora odkrztusza plwocinę śluzoworopną, rdzawą.

Badanie wewnętrzne: Srom wieloródki, wejście do pochwy i pochwa szerokie; błona śluzowa pochwy gładka, rozpulchniona. Część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte przeszło na dwa palce. Główka płodu największym obwodem we wchodzie do miednicy wyczuwalna bezpośrednio. O godzinie trzeciej popołudniu po kilku silnych bolach partych urodziła chora płód płci męzkiej, donoszony, żywy.

Zaznaczyć winniśmy na tem miejscu, że drugi okres porodowy trwał bardzo krótko, bo zaledwie kilkanaście minut. Płód po urodzeniu siny, duszność wyraźna, a badanie jego przedmiotowe, przedsięwzięte bezpośrednio po porodzie wykazało:

Ciężar 3200 gr., długość 49 cm., obwód główki 33 cm., barków 34 cm. Opukiwanie klatki piersiowej od przodu i tyłu daje odgłos przytłumiony; osłuchiwaniem stwierdzić można liczne drobnobańkowe rzężenia; szmery oddechowe pęcherzykowe zaostrzone. O godzinie 8-ej wieczorem sinica i duszność wyraźniejsze, a o godzinie 2-giej nad ranem dnia 28/XI, t. j. 11 godzin po porodzie, nastąpiła śmierć płodu wśród coraz bardziej wzmagających się objawów duszności.

Przebieg połogu u matki był następujący: Dnia 28/XI macica na palec niżej pępka, odchody krwawe, duszność znacznie mniejsza; przysłuchem stwierdzić można w płucach liczne grubobańkowe rzężenia. Podano chorej *Inf. r. ipecac. c. Liqu. amon. anis.*

Dnia 29/XI stan ten sam.

D. 30/XI. Chora kaszle, odkrztusza plwocinę śluzowo-ropną. *Inf. Ipecac.* dalej.

1/XII. Macica 3 palce niżej pępka, dobrze zwinięta; w płucach wdech i wydech nieoznaczony, liczne rzężenia.

3/XII. Macica do połowy między pępkiem a spojeniem, kaszel o mniejszem nasileniu, plwocina śluzowa. Podano kodeinę.

5/XII. Kaszel nieznaczny; osłuchiwanie wykazuje wdech i wydech pęcherzykowy zaostrzony, nieliczne rzężenia. Kodeina.

Dnia 9/XII. Chora na własne żądanie opuściła klinikę zdrowa.

Sekcyę zwłok płodu przeprowadzono dnia 29 listopada 1904 r. o godzinie 9 rano w Instytucie anatomo-patologicznym.

Protokół: Zwłoki noworodka dobrze rozwiniętego, płci męskiej. Zewnętrzne powłoki, szczególnie zaś twarz i błona śluzowa warg, zabarwione ciemno-sino-czerwono. Pępowina zaschnięta, taśmą zapętlona, zmian żadnych nie okazuje. Podściółki tłuszczowej mierna warstwa. Mięśnie ciemno-czerwone, wiotkie. W żyłach jarzmowych krew ciemnoczerwona, płynna. W jamie brzusznej ułożenie trzew prawidłowe, wątroba nieco obniżona. Otrzewna gładka, lśniąca. Naczynia pępowinowe przy nacięciu poprzecznem zmian nie okazują. Przepona po obu stronach sięga dolnej krawędzi 6-go żebra. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca się niezapadają. Worek osierdziowy na małej przestrzeni odsłonięty, w nim odpowiednia ilość płynu jasno-żółtego, przezroczystego. Płuco lewe wielkości i ciężaru nieco powiększonego, opłucna krwawo zabarwiona, bez złogów włóknikowych. Na przekroju ciemno-czerwono zabarwione, powierzchnia nieco ziarnista, bezpowietrzne z wyjątkiem szczytów, zbitości kruchej. Oskrzela światła odpowiedniego, błona śluzowa pokryta mierną ilością śluzu mętnego, podbarwionego krwią. Płuco prawe okazuje tensam obraz. Serce wielkości odpowiedniej; naczynia zawierają krew płynną, ciemno-czerwoną. Zastawki bez zmian. Otwór owalny otwarty, jakoteż przewód Botalla zupełnie drożny, nawet dla zamkniętej pensety. Błona śluzowa przełyku i połyku sino zabarwiona, krtani i tchawicy różowa; w tchawicy nadto znajduje się mierna ilość śluzu. Gruczoły okołooskrzelowe nieco powiększone, soczyste, ciemno czerwone. Grasica wielkości odpowiedniej. Śledziona powiększona, torebka napięta, zbitości dość znacznej, miąższ na przekroju jednostajnie ciemno-czerwony, znacznie przekrwiony, grudki niewidoczne. Obie nerki małe; torebka schodzi łatwo, powierzchnia gładka, wybroczyn żadnych nie widać; — piramidy silnie nastrzykane, zbitości kruchej. W żołądku znajdują się białe, miękkie, serowate masy i nieco jasnej cieczy; błona śluzowa różowo zabarwiona, gładka. Miąższ wątroby jednostajnie brunatno-czerwono zabarwiony, o budowie zrazików niewidocznej, zbitości kruchej. Napełniony woreczek żółciowy zawiera żółtozieloną żółć. W jelicie cienkiem i grubem mierna zawartość treści papkowatej, żółtozielonej; błona śluzowa gładka, grudki i kępki Payera mało widoczne. Gruczoły krezkowe bez zmian. Czaszki nie otwierano.

Na podstawie powyższego obrazu sekcyi wydaliśmy następujące rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Pneumonia lobularis haemorrhagica confluens (pseudolobaris) loborum omnium pulmonis utriusque apicibus exceptis. Bronchitis catarrhalis acuta. Tumor lienis acutus. Hyperaemia et degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Ductus Botalli et foramen ovale apertum.*

Badanie bakteryologiczne: Preparat szkiełkowy z miazgi płuca, zabarwiony fuksyną karbolową, wykazał ogromną ilość owalnych diplokoków, niektóre w torebce ułożone; dwoinki te barwią się dobrze metodą Grama. Na agarach glicerynowych, szczepionych kolejno tą samą miazgą płucną, pojawił się po 24 godzinach nalot, składający się z delikatnych, pojedynczych kolonii o wodnistem wejrzeniu, które ze sobą nie spływały się. Część jednej z tych hodowli wstrzyknięto w zawiesinie bulionowej myszce białej do jamy otrzewnej. Myszka zginęła po 24 godzinach, a w wypocinie surowiczej z otrzewnej, jakoteż z wziętej krwi serca, wykazał preparat szkiełkowy nader wyraźne podłużne dwoinki w torebkach. Tak więc drobnoustrój, znaleziony w miazdze płucnej, swoją morfologią, hodowlami, jakoteż zachowaniem się względem białej myszki jest identyczny z diplokokiem Fränkel-Weichselbauma.

Badanie histologiczne: Kawałki płuc, jakoteż innych narządów, utrwalono w formalinie, zatapiano w parafinie i celoidynie, skrawki barwiono hematoksyną Delafielda, eozyną, van Giesonem, nigrozyną — safraniną, Gramem i Weigertem. Preparaty te wykazują następujący obraz: Wśród pęcherzyków płucnych, wypełnionych jużto ciałkami czerwonemi krwi, jużto masą delikatnie siateczkowaną lub ziarnistą, nader blado się barwiącą (obrzęk), — jużteż wśród pęcherzyków o ścianach zupełnie zapadłych (niedodma), znajdujemy pojedyncze pęcherzyki lub całe ich skupienia wypełnione: 1) ciałkami czerwonemi, 2) ciałkami białemi o jądrach nieregularnych lub wielojądrzastych, 3) komórkami pęcherzykowatemi o protoplazmie słabiej się barwiącej, o jądrze okrągłem, podobnem do nabłonków, 4) delikatną siateczką włóknika (wykazanego zapomocą metody Weigerta). Ilościowy wzajemny stosunek wymienionych czterech składników jest najrozmaitszy. Obok pęcherzyków, wypełnionych przeważnie ciałkami czerwonemi, znajdujemy takie, w których ciałka czerwone i białe są w jednakowej ilości, a znowu inne, których treść stanowią wyłącznie te ostatnie. Trzeci rodzaj komórek, widocznie złuszczonych nabłonków pęcherzykowych, zawsze znacznie ustępuje. Co do włóknika zaś, to choć siateczka jego w niektórych pęcherzykach występuje nader wyraźnie, na ogół jednak ilość jego jest skąpa tak, iż zdarza się często pole widzenia, w którem ani jeden pęcherzyk włóknika nie wykazuje. Jako piąty bardzo charakterystyczny i znamienny składnik treści w ten sposób zmienionych pęcherzyków występują drobnoustroje, — opisany diplokok Fränkel-Weichselbauma. Znajdują się one zawsze w ogromnej ilości w świetle pęcherzyków lub oskrzeli wśród wspomnianych powyżej składników, a widać je dobrze nawet na preparatach hematoksylinowych, najwyraźniej naturalnie na preparatach, barwionych metodą Grama lub Weigerta. W przegródkach nie znajdujemy żadnych zmian prócz przekrwienia naczyń włosowatych.

Powyższy obraz histologiczny płuc w zupełności więc potwierdza rozpoznanie makroskopowe: *Pneumonia lobularis (broncho-pneumonia).*

Jeżeliby się ktoś zastanawiał przytem nad nader małą ilością włóknika, to nie należy zapominać, że wprawdzie w zapaleniu zrazikowem płuc składnika tego nigdy nie brak, lecz ilość jego porusza się tu w granicach najszerszych, specyalnie zaś u dzieci ilość włóknika bywa nieraz tak nieznaczna, że już makroskopowo zapalenie takie trudno odróżnić od niedodmy.

W preparatach histologicznych z innych narządów, mianowicie z nerki, wątroby i śledziony, widać ogromne przekrwienie, co da się wytłómaczyć tem, że przewód Botalla znacznie był drożny. W preparatach z tych narządów, barwionych metodą Grama, drobnoustrojów nie znaleziono.

Tak więc z obrazu sekcyjnego, badań histologicznych i bakteryologicznych wynika, że za przyczynę śmierci u 11-godzinnego dziecka należy uważać zapalenie płuc, wywołane przez diplokoki Fränkel-Weichselbauma.

Jeżeli w dalszym ciągu zastanowimy się nad sposobem i źródłem zakażenia pneumokokowego w tym przypadku, to już sam niestosunek wybitnych zmian makroskopowych i histologicznych z jednej strony, a krótkiego trwania życia dziecka z drugiej strony, wyklucza zwykły sposób powstania zapalenia płuc, t. zn. przez dostanie się pneumokoków

do płuc już po urodzeniu, zwłaszcza, że jak spostrzeganie kliniczne wykazuje, zmiany zapalne w płucach można było stwierdzić u płodu bezpośrednio po urodzeniu.

Trudno wprawdzie z obrazu histologicznego zapalenia płuc wnosić o czasie trwania jego i oznaczyć jego początek, gdyż nieraz jednakowa zmiana u różnych osobników w różnym powstaje czasie, zależnie od jadowitości drobnoustroju danego i stanu ustroju, (przypominamy n. p., że u alkoholików zapalenie płuc stosunkowo długo się utrzymuje w okresie zwątrobienia czerwonego); jednakowoż w danym przypadku wobec tak wyraźnie rozwiniętych zmian, (niektóre z pęcherzyków odpowiadają wprost pęcherzykom płuca w okresie szarego zwątrobienia), chyba bez wahania można przyjąć za czas trwania obecnego zapalenia płuc okres co najmniej dwudniowy, a w każdym razie już dłuższy, niż jedenaście godzin.

Tak więc zmuszeni jesteśmy odnieść początek obecnego zapalenia płuc do końcowego okresu życia śródmacicznego i to nawet wtedy, gdybyśmy nie uwzględnili okresu wylęgania, który, jak Netter (51) na podstawie swoich doświadczeń podaje, trwa 5 dni, a wyjątkowo tylko krócej (w jednym przypadku obserwował Netter wystąpienie zapalenia płuc po dwudniowem wylęganiu i w drugim po 36 godzinach). Dedukcya ta z drugiej strony znakomicie zgadza się z obserwacyą kliniczną, która wykazuje, iż matka przebywała w ostatnich dniach ciąży włóknikowe zapalenie płuc. Naturalnem zaś połączeniem dedukcyi powyższej i faktu przytoczonego jest wniosek, iż właśnie zapalenie to płuc matki było źródłem zakażenia płodu.

Nasuwa się następnie pytanie: jakiemi drogami przedostały się drobnoustroje z płuc matki do płuc płodu? Bez żadnych argumentów jest jasnem, że drogą tą mogła być tylko krew matki i że w danym przypadku obok zapalenia płuc musiała się toczyć u matki pneumokokemia.

Przypadki, w których podczas zapalenia płuc lub po niem pneumokok przedostawał się do krwi, gdzie więc chodziło o posocznicę pneumokokową, czyli pneumokokemię, uważane były dawniej za rzadkie (Weichselbaum, Leyden, Goldscheider, (52), Ostrčil (53), Pelnař (54): systematyczne badania kliniczne krwi podczas zapalenia płuc i badania anatomopatologiczne pouczają jednak, że posocznica pneumokokowa jest zjawiskiem bardzo częstem [1]) do tego stopnia, że w najnowszych czasach pojawiły się prace kliniczne, udowadniające, że jednak nie jest ono regułą. Śmiało więc można i w danym przypadku przyjąć, że pneumokoki z płuc matki przeszły w krew jej.

Trudniejszą jednak jest dalsza, od dawna już omamawiana kwestya co do sposobu, w jaki pneumokoki przełamały ową naturalną przegrodę, dzielącą krew matki od krwi płodu. Na wstępie już omówiliśmy historyę tej kwestyi.

Co do naszego przypadku, jeśli wraz z większością przyjmiemy, że zdrowe łożysko drobnoustrojów nie przepuszcza, to wobec tego, iż łożyska histologicznie nie badano (makroskopowo żadnych zmian nie wykazano), można wypowiedzieć tylko przypuszczenia: Albo toksyny krążące w krwi matki obok pneumokoków spowodowały zmiany wsteczne i następnie ubytki (złuszczenia) w nabłonku, okrywającym kosmki, albo też pod działaniem tychże toksyn i drobnoustrojów samych wytworzyły się wybroczyny lub zawały (posocznicze) w przestrzeniach międzykosmkowych, wskutek czego drobnoustroje już łatwo dostały się do wnętrza kosmków.

1) W zakładzie anatomopatologicznym Uniw lwow. spostrzegano w okresach zapalenia płuc włóknikowego, nieraz w jednym tygodniu po kilka przypadków *endocarditis pneumococcica, nephritis pneumococcica* obok końcowych okresów zapalenia płuc lub też zapalenia płuc przewlekłego

Możnaby również przypuścić, że podczas czynności porodowej i gwałtowniejszych skurczów macicy mogły nastąpić lekkie uszkodzenia kosmków i w ten sposób krew matczyna mogłaby mieszać się z krwią płodu; tę możebność musimy odrzucić wobec krótkiego trwania czynności porodowej (6 godzin), a zwłaszcza wobec krótkiego trwania 2-go okresu porodowego, a musimy przyjąć, iż zakażenie nastąpiło wcześniej.

Śródmaciczne zapalenie płuc u zwierząt spostrzegali doświadczalnie niektórzy autorowie, n. p. Netter (55), Foa i Uffreduzzi (56) i Ostmann (57). Przypadków wrodzonego zapalenia płuc u ludzi ogłoszono zaledwie kilka.

Pierwszy podobny przypadek opisał Thorner (58) w roku 1889. Mikroskopowo wykazał on metodą Grama w nacieklych partyach płuc wprawdzie diplo- i streptokoki, ale ścisłego badania bakteryologicznego nie przeprowadził tak, iż niemożliwem jest rozstrzygnąć, z jakim drobnoustrojem miał Thorner do czynienia. Pierwszy dokładnie zbadany przypadek ogłasza Netter (59), a później Levy (60); w przypadkach tych autorowie wykazali ten sam drobnoustrój tak u matki, jak i u płodu. Przypadki te wskazują tylko na fakt, iż pneumokoki mogą przejść z matki na płód, ale wcale nie rozjaśniają nam pytania, wśród jakich warunków drobnoustroje przeszły przez łożysko.

Drugą ciekawą kwestyą ze stanowiska biologii jest ta, iż owe pneumokoki, które drogą krwi dostały się do ustroju płodu, zostały tylko w płucach, tu wywołały zapalenie i tam też dały się wykazać, a nie dostały się do innych narządów, n. p. nie wywołały zapalenia nerek lub wątroby. Fakt ten stwierdza miejscowe usposobienie płuc do zakażenia pneumokokami, podobnie jak górne odcinki dróg oddechowych i spojówka usposobione są do zakażenia błoniczego, narząd chłonny przewodu pokarmowego do zakażenia durowego, błona śluzowa kiszek do mętwika cholery i t. d.

Piśmiennictwo. 1) Monatschr. f. G. T. 14, str. 31. — 2) Schmidts Jahrb. T. 205, str. 83. — 3) Monatschr. f. G. T. 13, str. 449. — 4) Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens des Kanton Zürich 1857. — 5) C. f. G. 1877, str. 157. — 6) A. f. G. T. 12, str. 235. — 7) A. f. G. T. 9, str. 313. — 8) Ahlfehld: Lehrb. d. Geb. 1898, II Aufl., str. 233. — 9) Journal de clin med. Juillet 4860, str. 309. — 10) Inaug. Disser. Halle 1884. — 11) A. f. G. T. 18, str. 109. — 12) Deutsche med. W. 1877, Nr. 30 i 31. — 13) C. f. G. 1895, str. 1359. — 14) Ref. C. f. allg. Pathol u. pathol. Anatomie. T. YV, str. 677. — 15) De la scarl. dans l'etat puerp. Union. med. 1867. — 16) C. f. Bakter. T. 32, str. 79. — 17) Frommel's Jahresb. 1897, str. 615. — 18) Mose i Daunic: Centr. f. allg. Pathologie 1897, Nr. 7. — 19) Centr. f. d. med. Wiss. 1868, Nr 41. — 21) Lehrbuch f. Path. II. str. 260. — 22) Virchows Arch. T. 36. str. 265. — 23), 24) Erbliche Uebertragung von Infektionskrankheiten. Wassermann. — 25) Lehrbuch der pathol. Myk. Bd. 2. — 26) Virchows Arch. T. 124, str. 47. — 27) Ueber erbliche Uebertragung parasitärer Organismen. Virchows Arch. T. 105, str. 192. — 28) C. f. Bakt. Orig. T. 31, str. 691. — 29) Annales de l'Institut Pasteur r. 1888, str. 121. — 30) Ann. de Gyn. 1894 Aug., str. 100. — 31) Über einen merkwürdigen Fall von Milzbrand bei einer Schwangeren mit tödlicher Infektion des Kindes. Vir-

chows Arch. T. 109, str. 86. — 32) Z. f. G. u. G. T. XII, str. 321. — 33) Verh. d deutsch. G. f. Gyn. II, 1888, str. 271. — 34) Lehrb. der Geb. II Aufl., str. 281. — 35) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 5. — 36) Münch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 38. — 37) Berl. klin. Wochschr. 1895, Nr. 25, str. 539. — 38) Fortschritte der Medizin 1889, Nr. 23. — 39) Beiträge zur pathol. Anatomie i allgem. Pathol. von Ziegler T. VIII. Z. 1. — 40) Frommels Jahresb. 1892, str. 94. — 41) Giglio (C. f. G. 1890, str. 819), Speier: Inaug. Diss. Bresslau 1891, Etienne: C. f. G. 1896, Nr. 26, str. 697. Dürk: Münch. med. Wochenschr. 1896, Nr. 36, str. 842. — 42) Edinb med. J. 1893, str. 13. — 43) Ziemmsen's Handb. T. II, str. 47. — 44) Klose: Zeitung f. das ges. Medicinwesen 1829, Nr. 3, str. 34. — 45) Zieglers u. Nauwercks Beitr. III, str. 203. — 46) Löffler: Arb. Kais. Ges. A. T. I. — 47) Centr. f. Bakter. T. 38, str. 60 (Ist die Wut vererbbar?). — 48) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. allg. path. Anatomie, str. 329. — 49) Arb. aus dem pathol. Instit. zu Tübingen T. III, 1899 (Przytoczony przes Wassermanna w pr.: „Erbliche Uebertragung von Infektionskrankheiten"). — 50) Tuberkulose der menschlichen Placenta, Münch. med. Wochensch. 1904, str. 1676. — 51) Centralbl. f. Bakt. T. 8, str. 80, ref. — 52) Die Mikroorganismen Flügge T. II, str. 133. — 53) Časopis lékařů českých r. 1898, str. 661. — 54) Časopis lékařů českých r. 1899, str. 93. — 55) Bulletin de la société anatomique, April 1886. — 56) Academie de med., Turin 4 febr. 1887. — 57) Beitrag zur Aetiologie der acuten Cerebrospisnalmeningitis. T. XXII Zb. — 58) Ein Fall von Pneumonia crouposa congenita. München. Inaugural-Dissertation 1884. — 59) Comptes rendus de la société de Biologie. Seance du 9 mars 1889. — 60) Ueber intrauterine Infection mit Pneumonia crouposa, Archiv. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie T. XXVI, 1890.

II. Stanowisko psychiatryi w rzędzie innych nauk lekarskich, oraz nowoczesne jej zadania i cele.

Wykład wstępny, wygłoszony dnia 16 maja 1905 roku przez

Prof. Dra Jana Piltza

przy otwarciu katedry psychiatryi i neuropatologii w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

(Dokończenie).

Doświadczenie uczy, że na powstawanie choroby umysłowej składa się nie jedna jakakolwiekbądź przyczyna, ale zwykle cały szereg najrozmaitszych przyczyn, — dlatego też spotykamy w psychiatryi tak wielką różnorodność form klinicznych: nigdy bowiem jeden umysłowo chory nie jest podobny do drugiego. I pogląd, że właściwie niema chorób, a istnieją tylko chorzy, odnosi się do psychiatryi bardziej, niż do każdej innej grupy chorób. Zgodnie też z tem dzisiejsza klasyfikacya chorób umysłowych, — klasyfikacyi tych zresztą mamy tyle, ilu jest psychiatrów, — będzie miała dla nas tylko pewne dydaktyczne znaczenie i służyć będzie tylko do pewnego wspólnego porozumienia się. Główną uwagę będziemy zwracali natomiast na zupełnie wszechstronne i gruntowne badanie umysłowo chorych, gdyż to do zoryentowania się w każdym poszczególnym przypadku i do ocenienia stwierdzonych objawów rozstroju psychicznego najzupełniej nam wystarczy.

Wszystkie dotychczas wymienione pod rubryką *a* i *b* zewnętrzne szkodliwe czynniki mogą wywierać tak ujemny wpływ na mózg, że albo stają się bezpośrednią przyczyną, wywołującą chorobę umysłową, którą wtedy nazywamy nabytą, albo też osłabiają cały ustrój danego osobnika, w szczególności zaś jego komórki zarodkowe, czyli rozrodcze, i to do tego stopnia, że szkodliwy wpływ tych czynników przejawia się dopiero u jego potomstwa — i wtedy albo w formie wyraźnej choroby umysłowej, którą nazywamy wrodzoną chorobą umysłową, albo w formie psychicznego zwyrodnienia, czyli t. zw degeneracyi psychicznej *(Entartung, dégénérescence, déséquilibration mentale)*, lub wreszcie pod postacią t. zw. usposobienia do chorób umysłowych.

Zjawisko to przekazywania potomstwu wrodzonych chorób umysłowych, wrodzonej patologicznej konstytucyi, albo wrodzonego usposobienia do chorób umysłowych, nazywamy dziedzicznością. A ludzi, których przodkowie podlegali szkodliwym wpływom, niszczącym ich ustrój, względnie ich narządy rozrodcze, lub których przodkowie już przechodzili choroby umysłowe, albo nerwowe, lub byli już od urodzenia nieprawidłowymi i posiadali usposobienie do chorób umysłowych, — nazywamy dziedzicznie obarczonymi.

Klasycznym przykładem choroby umysłowej nabytej jest zniedołężnienie, czyli otępienie władz umysłowych, spowodowane kiłą mózgu, albo n. p. taka choroba, jak obłęd opilczy *(delirium tremens)*.

Za klasyczny przykład wrodzonej choroby umysłowej może posłużyć wrodzone niedołęstwo umysłowe (idyotyzm) lub padaczka wrodzona. Wiemy bowiem, że te postacie chorobowe w $^2/_3$ wszystkich przypadków występują skutkiem alkoholizmu rodziców (Bourneville).

Klasycznym przykładem wrodzonej patologicznej konstytucyi, czyli zwyrodnienia psychicznego są wszelkiego rodzaju wrodzone nieprawidłowości charakteru, spotykane u pieniaczy, dipsomanów, różnych konstytucyonalnych psychopatów (Forel) i wogóle ludzi niezrównoważonych *(les dégénérés, déséquilibrés)*.

Wrodzone usposobienie do chorób umysłowych uwydatnia się albo już w dzieciństwie pod postacią słabej odporności ośrodkowego układu nerwowego na różne szkodliwe bodźce zewnętrzne, albo polega na tem, że dzieci, na pozór prawidłowe, mają tego rodzaju konstytucyę mózgu, że pomimo jaknajhigieniczniejszych warunków życia, wśród których się wychowują i żyją, prędzej czy później zapadają na choroby umysłowe.

Dla uzupełnienia dodam tu jeszcze, że dziedziczenie pewnych objawów chorobowych, tak samo zresztą, jak i pewnych cech charakteru lub zdolności, — odbywa się nieraz, jak doświadczenie nas poucza, — nie bezpośrednio z ojca na syna, a tylko z dziadka na wnuka, z przeskoczeniem jednego lub kilku pokoleń. Zjawisko to nazywamy atawizmem.

Dla gruntownego wyświetlenia i ustalenia roli, jaką odgrywa dziedziczność w powstawaniu, a raczej w występowaniu chorób umysłowych, należy zbadać, o ile obarczenie dziedziczne częściej się zdarza u umysłowo chorych, aniżeli u ludzi zdrowych. I tego rodzaju badania należy przeprowadzić zosobna co do każdej poszczególnej formy klinicznej. Tak postawioną została kwestya badania dziedziczności dopiero w ostatniej dobie i posiadamy dotychczas dopiero dwie prace w ten sposób przeprowadzone: jedną Dra Jenny Koller — z kliniki Forela, a drugą — Dra Josta — z kliniki chorób wewnętrznych w Strasburgu, podjętą jednak z inicyatywy Kräpelina. Jost znalazł, że tylko 3% ludzi zdrowych posiada obarczenie dziedziczne chorobami umysłowemi. Jenny Koller natomiast wykryła obarczenie dzie-

dziczne chorobami umysłowemi, nerwowemi lub alkoholizmem — w połowie przypadków u ludzi zdrowych (czyli u 50% ludzi zdrowych). Jak widzimy, dalsze badania w tym kierunku są bardzo pożądane i będą miały niewątpliwie wielkie znaczenie Tylko należy przeprowadzić je na większą skalę, t. j. rozciągnąć spostrzeganie na większą liczbę przypadków i trzymać się przy badaniu jednych i tych samych metod. W każdym razie już teraz z dwóch wyżej wymienionych prac wynika z całą pewnością, że charakter obarczenia dziedzicznego, spotykanego u ludzi zdrowych, jest w każdym razie odmienny od charakteru obarczenia dziedzicznego u umysłowo chorych i nietylko pod względem ilościowym, ale, co jest bardzo ważnem, i pod względem jakościowym. Jenny Koller wykazała bowiem, że obarczenie dziedziczne niedołęstwem starczem *(dementia senilis)* i chorobami nerwowemi ma daleko mniejsze znaczenie w powstawaniu chorób umysłowych, aniżeli obarczenie dziedziczne innemi chorobami umysłowemi, różnemi nieprawidłościami charakteru lub alkoholizmem.

Zastanowiwszy się nad właściwą istotą chorób umysłowych, nad metodami badania umysłowo chorych, nad tem, jak ważnem jest umienie psychiatryi nietylko dla każdego lekarza praktyka, ale nawet jak wielkie znaczenie ma ono nawet i dla prawników, — przechodzimy teraz do omówienia, w najogólniejszych zarysach, metod leczenia umysłowo chorych. Zgodnie z tem, co wyżej wypowiedziałem, musimy w psychiatryi leczyć nie chorobę, lecz chorego. Indywidualizowanie w leczeniu umysłowo chorych (i w postępowaniu z nimi) jest dzisiaj podstawą racyonalnej terapii psychiatrycznej.

Racyonalnie leczyć umysłowo chorych można jedynie w odpowiednio urządzonych klinikach psychiatrycznych lub szpitalach dla umysłowo chorych.

Jak powinna być urządzona wzorowa nowoczesna klinika psychiatryczna? Powinna być urządzona tak, ażeby każdy nowowstępujący chory mógł być zaraz po wzięciu kąpieli oczyszczającej położony do łóżka na sali t. zw. obserwacyjnej, gdzieby znalazł nietylko odpowiednią opiekę, trwającą bez przerwy i we dnie i w nocy, ale także i ścisły nadzór wobec tego, że umysłowo chorzy bywają często niebezpieczni nietylko dla siebie, ale i dla otoczenia. Ażeby jednak niespokojni chorzy nie niepokoili spokojnych, we wzorowo urządzonej psychiatrycznej klinice powinny istnieć dwie takie sale obserwacyjne, jedna dla chorych spokojnych, druga dla niespokojnych.

Przez położenie umysłowo chorego do łóżka usuwamy odrazu cały szereg objawów chorobowych. Jest to może dla badania mniej dogodne, ale za to dla chorego zbawienne. Nie ulega wątpliwości bowiem, że leżąc wygodnie w łóżku, chory prędzej się uspakaja. Zresztą wogóle w łóżku przywykliśmy zachowywać się spokojnie. Wpływ tego przyzwyczajenia uwydatnia się i u umysłowo chorych, nieraz nawet do tego stopnia, że niejeden chronicznie chory umysłowo, nawet bardzo rozdrażniony, znakomicie uspokaja się z chwilą położenia go do łóżka. Chorzy gwałtowni są w łóżku mniej niebezpieczni, niż wtedy, kiedy w ubraniu i w obuwiu spacerują po sali, bo z leżącego położenia daleko trudniej im wykonać jakiś napad Chorzy zanieczyszczający się nieraz z chwilą położenia ich do łóżka przestają się zanieczyszczać. Na ten jeszcze szczegół chciałbym zwrócić uwagę, że często nowowstępujący chorzy dobijają się do drzwi, gdyż im się zdaje, że w taki prosty sposób uda im się wydostać się z zakładu. Leżąc w łóżku, chorzy nie odczuwają tego tak bardzo, że znajdują się w zakładzie zamkniętym i stopniowo z tem się oswajają.

Już zazwyczaj po paru dniach pobytu chorego na sali obserwacyjnej oryentuje się psychiatra co do rodzaju choroby jego i zdaje sobie sprawę z tego, czy chory powinien pozostać na sali obserwacyjnej w celu stosowania u niego metody leżenia w łóżku (*Bettbehandlung*, *traitement au lit*), czy też może wstać z łóżka, aby po paru dniach być przeniesionym do odpowiedniego dla niego oddziału, gdzieby mógł zająć się jakąkolwiekbądź pracą, lub znaleźć rozrywkę.

Nie mogę w tym ogólnym zarysie opisywać rozmaitych metod leczenia, stosowanych w różnych chorobach: chciałbym jednak zwrócić uwagę przynajmniej na najgłówniejsze zasady, jakich trzymamy się obecnie w psychiatryi. Nieodzownym warunkiem racyonalnego postępowania z umysłowo chorymi jest zupełna otwartość i bezwzględna prawdomówność w stosunkach z nimi. Poza tem najgłówniejszymi środkami nowoczesnej terapii w psychiatryi są:

1) psychoterapia w najobszerniejszem tego słowa znaczeniu;

2) metoda leżenia, czyli trzymania chorych w łóżku (*Bettbehandlung, traitement au lit*);

3) stosowanie kąpieli letnich przedłużonych (*Dauerbäder*, *bains permanents*) i

4) zajęcie chorych pracą (*Beschäftigungstherapie*).

System budowy kliniki, jej wewnętrzne urządzenia, nieprzepełnienie chorymi i dostateczna liczba dobrze wyposażonej i wykwalifikowanej służby — są to niewątpliwie nieodzowne warunki dla przeprowadzenia racyonalnego leczenia chorych. Poza tem jednak najważniejszym czynnikiem racyonalnego oddziaływania na chorych jest atmosfera duchowa, jaka panuje w zakładzie, — a ta zależy w zupełności od szczerego zapału, sumienności, gruntownej znajomości psychiatryi i od warunków, które mogą zapewnić lekarzom zakładowym spokój i równowagę umysłową, t. j. od dobrego uposażenia lekarzy zakładowych.

Klinika psychiatryczna powinna być modelem, na którym wzorować się powinny szpitale dla umysłowo chorych, a z drugiej strony szkołą dla przyszłych lekarzy szpitalnych.

Prócz klinik uniwersyteckich w każdym kraju powinny istnieć w większych miastach nieuniwersyteckich mniejsze szpitale dla umysłowo chorych, wyposażone we wszelkie środki lecznicze i urządzone tak, aby były przygotowane do przyjmowania przypadków ostrych, względnie dość często zmieniającego się materyału klinicznego. Na prowincyi zaś powinny istnieć większe szpitale dla umysłowo chorych, połączone z gospodarstwem rolnem, budowane według systemu pawilonowego i przeznaczone dla przewlekle chorych, przybywających z kliniki uniwersyteckiej, albo z tych mniejszych szpitali miejskich i wymagających dłuższej opieki lub stałego pobytu (*längere Pflege oder dauernde Versorgung*). W tych prowincyonalnych szpitalach dla umysłowo chorych powinno się stosować, przynajmniej co do niektórych pawilonów, względnie oddziałów, system

drzwi otwartych (*Offen-Thür-System*), dalej powinno się stosować system kolonizowania umysłowo chorych i system t. zw. rodzinnego pielęgnowania umysłowo chorych (*familiäre Verpflegung von Geisteskranken*), polegającego na umieszczaniu spokojnych i nie niebezpiecznych umysłowo chorych u rodzin w sąsiedztwie zakładu, t. j. poza zakładem, ale jednak pod pewną kontrolą zakładu, na wzór istniejących już tego rodzaju urządzeń w Alt-Scherbitz (w Saksonii) i w Gheel (w Belgii).

Jak widzimy, nowoczesna terapia chorób umysłowych nie ogranicza się jedynie do udzielenia pomocy lekarskiej umysłowo chorym podczas ich pobytu w szpitalu lub klinice, ale rozpościera swoją opiekę daleko poza obręb murów szpitalnych i wkracza w dziedzinę t. zw *psychiatriae extra muros*. Do takiej działalności zaliczyć wypada również i opiekę, jaką towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi, — o których poniżej powiem słów parę, — otaczają niezamożnych ozdrowieńców, opuszczających klinikę psychiatryczną, — w celu zabezpieczenia ich przed nawrotem choroby umysłowej.

Daleko skuteczniejszą i bardziej owocną od terapii jednostkowej, polegającej na leczeniu jednostki, jest w psychiatryi niezaprzeczenie terapia rodzajowa, czyli społeczna, polegająca na leczeniu całego społeczeństwa, mająca na względzie całe społeczeństwo, całą ludzkość. Jak wielkie ma znaczenie w psychiatryi terapia rodzajowa, opierająca się głównie na działalności zapobiegawczej, polegającej na usuwaniu lub zwalczaniu przyczyn powstawania chorób umysłowych, dowodzi chociażby ten fakt, że w Szwecyi i Norwegii z zmniejszeniem się alkoholizmu, na co wpłynęło rozpowszechnienie ruchu abstynenckiego, liczba umysłowo chorych w ostatnich czasach znacznie się zmniejszyła tak, że dziś są to jedyne kraje, w których szpitale dla umysłowo chorych nie są przepełnione. Wobec tego nie powinniśmy się dziwić, że lekarzy-psychiatrów tak często spotykamy w szeregach walczących z głównemi przyczynami chorób umysłowych.

Dla wypełnienia obowiązków psychiatryi społecznej, daleko wychodzącej poza zakres najbliższych zadań tej nauki, psychiatrzy nie posiadają ani dość czasu, ani odpowiednich środków. Dlatego też zazwyczaj powołują oni do wspólnej pracy na tem polu oprócz lekarzy, także i ludzi, którym zdrowie fizyczne i moralne całego społeczeństwa względnie całej ludzkości, leży na sercu. Najpraktyczniejszą formą tego rodzaju zrzeszania się okazały się t. zw. towarzystwa opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi.

Zadaniem takich towarzystw powinno być:

1) uświadamianie ogółu o zagadnieniach, dotyczących umysłowo chorych;

2) rozwijanie jaknajszerszej i jaknajskuteczniejszej pomocy i opieki nad umysłowo chorymi i

3) zapobieganie chorobom umysłowym.

Dla uświadomienia ogółu o tych sprawach służą następujące środki: rozpowszechnianie wśród ogółu istotnych pojęć o chorobach umysłowych zapomocą popularnych broszur i odczytów; zwalczanie istniejących przesądów o umysłowo chorych i zbieranie ścisłych statystycznych dat o liczbie umysłowo chorych i o warunkach, w jakich oni żyją.

W celu zapewnienia umysłowo chorym odpowiedniej pomocy i opieki w jaknajszerszem tego słowa znaczeniu, należy otwierać potrzebną liczbę psychiatrycznych szpitali, oddzielnych dla chorych z charakterem ostrym cierpienia, wymagających specyalnych metod leczenia; oddzielnych (przy których istniałyby duże gospodarstwa rolne) — dla chorych o przewlekłych cechach choroby; oddzielnych — dla alkoholików; oddzielnych przytułków dla idyotów; oddzielnych dla padaczkowych; oddzielnych zakładów lekarsko-wychowawczych dla lżejszych form psychopatyi konstytucyonalnej, n. p. dla dzieci z różnemi wadami charakteru; oddzielnych — dla słabo rozwiniętych, nieudolnych dzieci, mogących jednak uczyć się (*Anstalten für schwachsinnige, oder schwachbegabte, aber bildungsfähige Kinder*), i wreszcie oddzielnych zakładów dla najcięższych form psychopatyi konstytucyonalnej, t. j. dla t. zw. „natur zbrodniczych" (*Verbrechernaturen*).

Dla przygotowania odpowiednio wykwalifikowanych, łagodnych i cierpliwych dozorców i pielęgniarek powinny istnieć specyalne szkoły lub kursa przy klinice psychiatrycznej, albo przy szpitalu dla umysłowo chorych. Jednocześnie należy walczyć z istniejącemi uprzedzeniami ogółu względem zakładów psychiatrycznych i rozpowszechniać wśród ogółu to przekonanie, że leczyć umysłowo chorych racyonalnie, lub zapewnić im odpowiednią opiekę — można właściwie tylko w dobrze urządzonych szpitalach psychiatrycznych i że im wcześniej chory dostaje się do szpitala, tem ma względnie więcej widoków poprawy zdrowia lub wyleczenia się. W tym celu należy też starać się o możliwe uproszczenie formalności, wymaganych przy wstępowaniu umysłowo chorych do szpitalów psychiatrycznych.

Zapobieganie chorobom umysłowym polega na pouczaniu ogółu o przyczynach powstawania chorób umysłowych, t. j. na rozpowszechnianiu właściwych pojęć o znaczeniu dziedziczności i przeciwdziałaniu zawieraniu związków małżeńskich pomiędzy osobami, usposobionemi wskutek obarczenia dziedzicznego do chorób umysłowych; na rozpowszechnianiu w szerokich kołach społeczeństwa właściwych pojęć o racyonalnem wychowaniu dzieci, o szkodliwości silnych i nagłych zmian w nastroju moralnym dzieci, czyli o szkodliwym wpływie t. zw. silnych afektów, o szkodliwości przedwczesnego pobudzania i wytężania sił umysłowych dziecka kosztem zdrowia całego ciała, o potrzebie harmonijnego rozwijania ciała i duszy, o konieczności zwrócenia szczególniejszej uwagi w wychowaniu dzieci w domu i szkole na kształcenie charakteru i o szkodliwości zmuszania młodzieży do poświęcania się zawodom, dla niej nieodpowiednim. Jednym z najskuteczniejszych środków, dążących do zapobiegania chorobom umysłowym, jest — jak już wyżej zaznaczyłem — zwalczanie alkoholizmu i kiły.

Zwalczać alkoholizm należy zapomocą szerzenia odpowiednich broszur, wygłaszania odczytów i zakładania naukowych, albo sportowych towarzystw zupełnej wstrzemięźliwości od napojów wyskokowych.

Jasnym dowodem tego, jak wybitną rolę odgrywa wyskok w powstawaniu chorób umysłowych, może być fakt, że $^1/_4$ część ogólnej liczby chorych, wstępujących do zakładów psychiatrycznych w Austryi, w Niemczech i w Szwajcaryi, cierpi na choroby umysłowe, wywołane przez alkoholizm

Oprócz bezpośredniej roli odgrywa alkohol często rolę pośrednią w powstawaniu chorób umysłowych: według Forela z 182 ludzi cierpiących na kiłę, 139 zaraziło się w stanie nietrzeźwym, — a przecież wiadomą jest rola kiły w wywoływaniu tak dziś rozpowszechnionej choroby umysłowej, jaką jest porażenie postępujące. Kraepelin jest tego zdania, że gdyby udało się kiłę i alkoholizm wyrugować ze świata, to liczba umysłowo chorych zmniejszyłaby się co najmniej o $^1/_4$ część, a w dużych miastach może więcej, niż o połowę.

W celu zapobiegania chorobom umysłowym należy jeszcze, — oprócz zwalczania przyczyn, wywołujących choroby umysłowe, — otoczyć odpowiednią specyalną opieką z jednej strony tych, którym grozi choroba umysłowa, a z drugiej strony tych, którym grozi nawrót choroby umysłowej. Dla pierwszej kategoryi trzeba stworzyć — zupełnie niezależnie od szpitali dla umysłowo chorych — sanatorya, w którychby znajdowali oprócz zawodowej porady troskliwą opiekę i odpowiednie leczenie. Temu zadaniu znakomicie odpowiada niedawno wszczęty ruch, zmierzający do stworzenia i powołania do życia sanatoryów dla niezamożnych nerwowo chorych. Ponieważ przyjmowanie chorych do tych zakładów nie będzie krępowane żadnymi przepisami prawnymi, to można mieć nadzieję, że nowa ta forma zakładów leczniczych będzie w przyszłości służyć i do tego, aby chorym, cierpiącym na lżejsze formy rozstroju psychicznego, dostarczyć odpowiedniej pomocy lekarskiej poza domem i przez to zapobiedz rozwijaniu się cięższych form rozstroju psychicznego.

Obowiązek opiekowania się tymi, którzy po przebyciu psychozy opuszczają szpitale dla umysłowo chorych, w celu zabezpieczenia ich przed nawrotem choroby umysłowej, biorą na siebie, — jak już wspomniałem, — towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi. W Szwajcaryi zajmują się tem specyalne komitety, wybierane z łona towarzystwa, złożone przeważnie z pań — nie tyle protektorek, ile działaczek czynnych, — które znakomicie ułatwiają lekarzom zakładowym ich zadanie, a to w sposób następujący: gdy niezamożny ozdrowieniec po przebyciu ciężkiej choroby umysłowej opuszcza szpital, nie jest on zazwyczaj jeszcze zupełnie zdolny do podjęcia zwykłej walki o byt na równi ze zdrowymi, a materyalnie bardzo często bywa zrujnowany. Należy się więc nim zaopiekować. Otóż w Szwajcaryi komitety pań roztaczają nad nim swoją opiekę, wspomagają go materyalnie, wyszukują mu odpowiednie zajęcie, odwiedzają go, dbają o to, aby nie był zbytnio przeciążony pracą, aby obchodzono się z nim łagodnie i z wyrozumiałością, — a w razie ponowienia się pierwszych objawów choroby, umieszczają go w razie potrzeby na koszt towarzystwa w szpitalu.

Najstarszem ze szwajcarskich towarzystw opieki nad umysłowo chorymi jest Towarzystwo w Zurychu, założone w roku 1875 przez słynnego psychiatrę szwajcarskiego Forela. Głównie dzięki inicyatywie i zabiegom tego towarzystwa kwestya opieki nad umysłowo chorymi w kantonie zurychskim postawiona jest dziś, rzec można, wzorowo. Na 420.000 ludności posiada kanton zurychski aż 3 szpitale dla umysłowo chorych z ogólną liczbą miejsc 1500. Oprócz tego istnieje tam od roku 1899 założony przez Forela słynny zakład dla alkoholików Ellikon i prześliczny szwajcarski zakład dla padaczkowych.

Wymownym dowodem tego, jakie wyniki osiąga się w psychiatryi dzięki opiece właściwej, jest fakt, że osobiście dobrze mi znany, szewc z zawodu, pan Bosshardt, który, wskutek pijaństwa zrujnowawszy siebie i swoją rodzinę, dostał się przed kilkunastu laty do psychiatrycznej kliniki w Burghölzli pod Zurychem, jest dziś z inicyatywy profesora Forela dyrektorem słynnego zakładu dla alkoholików w Ellikonie i prezesem Towarzystwa byłych pacyentów Ellikonu „Sobrietas“. Są to naturalnie idealne warunki opieki psychiatrycznej, do których dążyć należy.

Jeżeli na zakończenie zwrócimy teraz naszą uwagę na Galicyę i przyjmiemy, że w Galicyi, liczącej obecnie blizko 8,000 000 ludności, przypada 1 umysłowo chory na 600 mieszkańców, to wypadnie, że w Galicyi wraz z idyotami może być około 13.000 umysłowo chorych.

Ponieważ jednak zwykle tylko $^1/_3$ część ogólnej liczby umysłowo chorych wymaga specyalnego leczenia i opieki w szpitalach dla umysłowo chorych, — boć przecież wszędzie więcej jest umysłowo chorych poza zakładami, niż w zakładach, — to wypadałoby, że w Galicyi powinno być w szpitalach dla umysłowo chorych miejsc co najmniej 4000, a nie 1138 [1]), jak obecnie.

Dowodem tego jednak, że zainteresowanie się sprawą umysłowo chorych w kraju budzić się zaczyna i że Rząd także bardzo przychylnie odnosi się do tej sprawy, jest fakt stworzenia w uniwersytetach w Krakowie i we Lwowie katedry psychiatryi i neuropatologii i zamiar wybudowania klinik psychiatryczno-nerwowych w Krakowie i we Lwowie, w których nietylko będą czerpać wiedzę psychiatryczną przyszli lekarze, ale w których także znajdzie odpowiednią pomoc i opiekę znaczna liczba umysłowo chorych.

Dla stworzenia w zachodniej Galicyi nauki psychiatrycznej i dla urzeczywistnienia tych pięknych i ważnych zadań, jakie ma dziś przed sobą opieka nad umysłowo chorymi, w celu polepszenia losu tych najnieszczęśliwszych, katedra psychiatryi i neuropatologii i przyszła klinika psychiatryczno-nerwowa będą potrzebowały dużego poparcia i ze strony uniwersytetu i ze strony społeczeństwa. Mam głęboką nadzieję, że nam swej pomocy ani uniwersytet, ani społeczeństwo nie odmówi.

III. Wyciągi.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Lipschütz. **O zadawaniu przetworów jodu przez skórę.** *(Archiv für Dermat. u. Syph.*, 1905, Tom 74, Z. 2 i 3). Wessalność jothionu i innych przetworów jodu przez skórę badał L. zapomocą doświadczeń na zwierzętach i ludziach. Okazało się, że pomimo lotności jothionu pojawianie się jego w ślinie i w moczu po zastosowaniu naskórnem jest rzeczywiście skutkiem wessania jedynie przez skórę, a wcale nie przez drogi oddechowe. Ślady jodu wykazać można w ślinie i w moczu już po wtarciu 0,005 jothionu (zawartego w maści) = około 0,004 jodu. Czy jothion wnika do ustroju przez naskórek wogóle, czy też tylko przez gruczoły łojowe i potne, stanowczo orzec nie można. Wessanie jothionu następuje bardzo szybko: w ślinie stwierdza się pierwsze ślady odczynu już po 15, w moczu po 40 minutach. Również szybko zostaje jod po użyciu jothionu z ustroju wydalony: w 3—4 dni po pędzlowaniu znika jod zupełnie z wydzielin. Przez doświadczenia porównawcze przekonał się L., że z nalewki jodowej przy zastosowaniu naskórnem nie dostaje się do ustroju

[1]) Zakład w Kulparkowie ma 1000 miejsc; oddział dla umysłowo chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie — 115; prywatny zakład prof. Żuławskiego w Krakowie — 8; prywatny zakład Dra Dubińskiego we Lwowie — 15.

nie, a z maści, zawierających jodek potasowy, niewiele jodu, oraz zdołał stwierdzić, że wessalność przetworów jodowych przez skórę zależy wogóle od następujących czynników: 1) Zastosowany przetwór wtedy tylko może być przez skórę wessany, jeżeli jest rozpuszczalny w tłuszczu skórnym. 2) Wessanie zależy zarówno od ilości zastosowanego środka, jak i od 3) czasu działania, oraz 4) od tego, na jak wielką przestrzeń skóry środek zastosowano. 5) Zaprawa środka (*vehiculum*) odgrywa pewną rolę, mianowicie niektóre zaprawy mogą przeszkodzić wessaniu wessalnego zresztą związku jodowego. 6) Lotność związku i 7) czynnik mechaniczny nie mają większego znaczenia. — Leczniczo stosował L. jothion tylko jako pędzlowania, po zaschnięciu pudrując zapędzlowane miejsca. Na uszkodzone miejsca skóry, rany i t. p. L. jothionu nie stosował. Obok jothionu nie używał L. żadnego innego leczenia. Do pędzlowania zużywał 2—5 cm.³ leku w ciągu 2 do 5 minut; pędzlowań wykonywał stosownie do przypadku 10 do 35. Z 30 przypadków kiły trzeciorzędnej, leczonych w ten sposób, był w 28 wynik doskonały; skutku nie było tylko w 2 przypadkach. U trzeciej części leczonych zdarzyły się lekkie przypady zatrucia jodem, ustępujące jednak łatwo po 1—2-dniowej przerwie leczenia. U 2 chorych zdarzyły się rumieniowate osutki bez innych objawów jodzicy. Trzecia część chorych doznawała uczucia palenia w skórze wkrótce po pędzlowaniu. — L. uważa leczenie jothionem za wskazane u chorych, którzy nie znoszą jodu, podawanego wewnętrznie, lub u których zależy na miejscowem zastosowaniu tego leku. *B.*

Asch. **Działanie wstrzykiwań sublimatowych na błonę śluzową cewki moczowej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 25). Leczenie rzeżączki wstrzykiwaniami, jakie chory sobie sam bez zasięgnięcia porady lekarskiej stosuje, może dawać powód do poważnych następstw, zwlaszcza jeżeli w tym celu użyto stężonych roztworów środków antyseptycznych. Autor spostrzegał w pięciu przypadkach ujemne następstwa po wstrzykiwaniu roztworów sublimatu do cewki. Nasilenie zmian zapalnych, jakie w cewce moczowej wywołują wstrzykiwania sublimatowe, zależy od stężenia użytego roztworu. Co do objawów, to po wstrzyknięciu roztworu sublimatu 1:500 w przypadku, opisanym przez autora, wystąpiło natychmiast zatrzymanie moczu, obrzęk całego prącia, silny ból i pieczenie w cewce. Badanie światła cewki zapomocą sondy wykazało dwa zwężenia w części przedniej cewki, a jedno w tylnej. Przy badaniu uretroskopem dostrzegał autor w tych przypadkach liczne białe postronki skośne i poprzeczne, oraz płaskie nacieki na błonie śluzowej cewki. Jako leczenie poleca Asch pędzlowanie miejsc naciekłych jodyną przy pomocy uretroskopu i następne rozszerzanie zwężeń sondami metalowemi. *Stopczański.*

LARYNGOLOGIA. Henking. **O przyczynach i leczeniu groźnych krwotoków po usunięciu migdałków podniebiennych.** (*Archiv f. Laryng.*, 1905, Bd. XVII. H. 1). Temat ten opracowany jest na podstawie 150 przypadków, zebranych przez asystentów kliniki Mosetig-Moorhofa (Damianos i Hermann) i 6 własnych. Przyczyny silnych krwawień bywają następujące: 1) krwawiączka (*haemophilia*); statystyka autora wykazuje jednak, iż krwawiączkę na 150 przypadków spostrzegano tylko w 5; z ośmiu zaś przypadków śmierci powodem jej była krwawiączka tylko dwa razy. Tak więc krwawiączka, jako przyczyna krwotoków, odgrywa bardzo nieznaczną rolę. 2) Zranienie większych lub mniejszych naczyń i to głównie tętniczych. Zranienie tętnicy szyjnej wewnętrznej (*carotis interna*), gdy wycięcie migdałków wykonuje lekarz, t. j. przy użyciu tonsylotomu jest wprost niemożliwe, przy operowaniu zaś nożem dałoby się wytłómaczyć jedynie niezgrabnością lekarza i szybkim niespodziewanym ruchem pacyenta. Nieprawidłowości zaś w przebiegu tętnicy szyjnej wewnętrznej w tym stopniu, by mogły być przyczyną zranienia jej przy tonsylotomii, są nieznane. Znany jest jeden tylko przypadek zranienia tej tętnicy przy tonsylotomii, opisany przez Beclarda w Angers; tonsylotomu jednak nie wykonywał lekarz, lecz zwykły szarlatan. Możliwe jest atoli zranienie przy nieprawidłowym przebiegu tętnic: szczękowej wewnętrznej, językowej, wstępującej gardła. Przyczyną znacznego krwawienia może być przecięcie tętnicy migdałkowej (*arteria tonsillaris*), lub też jej gałązek. Może nastąpić to przy użyciu tonsylotomii wtedy, gdy migdałek silnie wyciągamy na zewnątrz z zatoki międzyłukowej, przy użyciu zaś noża lub nożyczek, gdy wycinamy w zupełności migdałek. By tego uniknąć, powinno się wycinać tylko część, wystającą poza łuki podniebienne. W wielu atoli przypadkach wytłómaczenia silniejszego krwawienia nie znajdujemy. Autor wskazuje na jedną przyczynę silnego krwawienia, którą napotkał we wszystkich 6 przypadkach, przez siebie opisanych: ma to być zranienie łuku, a mianowicie górnej części łuku tylnego. Zranienie tego miejsca tłómaczy autor w sposób następujący: przy ruchu wymiotnym, powstającym przy założeniu tonsylotomu, wskutek skurczu mięśnia podniebiennogardłowego następuje jakby okręcenie migdałka tak, że jego wolna powierzchnia, zwrócona ku wewnątrz, skierowaną zostaje ku przodowi, przez co łuk tylny dostaje się w obręb pierścienia tonsylotomu. Wybitniej wystąpi to przy migdałkach płaskich, a zato sięgających nizko ku dołowi; szczególnie przy zrostach łuków z powierzchnią migdałka. Autor doradza w razie silniejszego krwawienia ucisk palcem na miejsce krwawiące. (*Dopisek sprawozdawcy:* Ucisk palcami stosowany jest już oddawna w klinice Prof. Pieniążka. W klinice tej stosowane są tonsylotomy bez śrubki podtrzymującej widełki; celem tego urządzenia jest, aby nie wyciągać migdałka z zatoki podniebiennej, przyczem unika się przecięcia samej tętnicy migdałkowej lub też głównych jej gałązek). W razie gdy ucisk palcami nie wystarcza, doradza autor podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej. Z 7 przypadków, w których podwiązano tę tętnicę, 5 wyzdrowiało, 2 umarło, u jednego przyczyna śmierci jest autorowi nieznana; w przypadku drugim u krwawca przyczyną śmierci było zakażenie po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny. *Nowotny.*

Thost. **Dwa przypadki ciał obcych w oskrzelach.** (*Monatschrift f. Ohrenhlk.*, 1905, T. XXXIX, Nr. 4). Chłopak 8-letni aspirował metalową blaszkę wewnętrzną od rączki do pisania, długości 2.2 cm. Początkowy silny napad duszności przeszedł w lekką duszność. U Thosta zjawił się chory dopiero trzeciego dnia. Badanie wykazało, co następuje: lekka duszność i sinica, po stronie prawej w górze i od tyłu przytłumienie, tamże słyszalny dokładnie szmer zwężenia, ponad prawym płatem dolnym osłabienie szmerów oddechowych, rozległe zapalenie oskrzeli, ciepłota 37·8; na Roentgenogramie widać ciało obce bardzo wyraźnie, ułożone poprzecznie pomiędzy 4—5 kręgiem piersiowym blizko kręgosłupa. Następnego dnia po przyjęciu próbuje Thost w uśpieniu bronchoskopii górnej, bronchoskopu jednak, ponieważ był za szeroki, wprowadzić nie mógł; tracheotomia dolna, bronchoskopia dolna, ciała obcego atoli ani wyczuć zgłębnikiem, ani wydobyć nie można. Podczas tego występuje odma podskórna w okolicy rany tracheotomijnej, wobec czego dalsze zabiegi przerwano. Przez dwa dni następne dziecko silnie gorączkuje, drugiego dnia wieczorem wśród objawów odmy płucnej śmierć. Prób wydobycia ciała obcego już więcej nie podejmowano. Sekcya obok objawów odmy płucnej wykazała: ciało obce znajduje się w oskrzelu, prowadzącem do dolnego płatu płuca prawego; błona śluzowa i w tem miejscu i jeszcze na pewną długość poniżej jest pokryta grubą błoną włóknikową. Według oceny Killiana w przypadku tym wydobycie ciała obcego nawet przy bronchoskopii górnej było możliwe. W przypadku drugim: trzechletni chłopak aspirował śrubkę żelazną długości 2½ cm. Badanie Roentgenem wykazuje obecność jej w oskrzelu lewem pomiędzy 5—6 kręgiem piersiowym. Lekka duszność i sinica, lewa połowa klatki piersiowej porusza się wyraźnie gorzej, ciepłota 39,4, tętno 120. Dr. Burk podał myśl wyjęcia ciała obcego przy pomocy elektromagnesu. Siódmego dnia po aspiracyi próba wyjęcia przy bronchoskopii górnej; przy wprowadzeniu jednak bronchoskopu do lewego oskrzela skutkiem ucisku na prawe następuje tak silna duszność, iż bronchoskop musiano natychmiast wyjąć. Tracheotomia, bronchoskopia dolna, ciało obce obniżyło się, znajduje się ono w oskrzelu, prowadzącem do płatu górnego; daremne próby wyjęcia szczypczykami. Dopiero gdy po nastawieniu bronchoskopu światłem na ciało obce wprowadzono elektromagnes, razem z bronchoskopem wysunęło się ku zewnątrz i ciało obce. Po kilku dniach wyszedł pacyent zdrowy do domu. *Nowotny.*

Spiess. **Zastosowanie ciśnienia ujemnego w leczeniu suchych i zanikowych nieżytów nosa i gardła.** (*Archiv für Laryng.*, 1905, Bd. XVII. H. 2). Przyrząd, zrobiony przez Spiessa, pędzony elektromotorem, umożliwia użycie naprzemian ciśnienia ujemnego i dodatniego. Przy nieżytach gardła przyciska się nasadkę wprost do błony śluzowej; przy nieżytach nosa nasadkę wprowadza się do nosa, nos od zewnątrz szczelnie ściska, by zamknąć także jamę nosowo-gardłową, każe się choremu wymawiać literę *i*, ewentualnie, gdy to nie wystarcza, sondą, na końcu obwiniętą wacikiem, przyciska się podniebienie miękkie ku górze i tyłowi. Badanie następowe gardła wykazuje, iż błona śluzowa jest żywo-czerwona, świecąca, soczysta; strupy oddzielone, miejscami małe wynaczynienia. Podobny obraz spotykamy w nosie. Zastosowanie tej metody może mieć znaczenie i przy ropieniu w jamie czołowej i komórkach sitowych i to tak w celu rozpoznawczym, jak i leczniczym. Szczególnie w ostrem zapaleniu jamy czołowej, gdzie idzie przedewszystkiem o to, by ropa swobodnie odpływała, ciśnienie ujemne może zapobiedz zatrzymywaniu się ropy i następowym bolom głowy. Sposób ten dla chorego jest i przyjemniejszy i łagodniejszy, niż sondowanie i przestrzykiwanie jamy czołowej, co zresztą nie w każdym przypadku jest wykonalne. W tymże celu wymyślił Sondermann przyrząd ssący ręczny, który pacyent sam może używać.

Dr. Nowotny.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Antytyreoidyna Möbiusa, zalecana w **chorobie Basedowa**, jestto surowica baranów, którym na 6 tygodni przed pierwszym upustem krwi wycięto gruczoł tarczowy. Dodatek 0,5 prc. karbolu zabezpiecza surowicę od zepsucia się. Surowica ta ma działać w ten sposób, że zobojętnia trucizny, wytwarzane przez gruczoł tarczowy w chorobie Basedowa, a działa skutecznie tylko przy zażywaniu wewnętrznem, nie skutkuje natomiast przy wstrzykiwaniu podskórnem. Podaje się po 5,0 stale, lub też w dawkach zwolna zwiększanych, co drugi dzień. Kilkunastu autorów, którzy za wzorem Moebiusa tę surowicę stosowali, podają dość zgodnie, że nie sprawia ona szkodliwych skutków ubocznych, natomiast poprawia stan psychiczny, wywołuje zmniejszenie się wola, znaczne zwolnienie tętna, usuwa drżenie rąk i kołatanie serca, oraz bezsenność. W ostatnich czasach użył tej surowicy Peters (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 11) w 3 przypadkach z wyraźnym skutkiem; szczególnie doniosłym był skutek w przypadku ostro (w ciągu 8 dni) powstałym i bardzo groźnie przebiegającym. Wadą leku jest według P. to, że jest on stosunkowo drogi. Skuteczność leku stwierdził również Dürig (*Münch. med. Wochs.*, 1905, 18); w jego przypadku jednak dawki mniejsze (60 kropli dziennie) nie działały, zaś większe (150 do 210 kropli dziennie, podzielone na 3 dawki) obok wybitnego działania leczniczego wywołały jednakże bole głowy, apatyę i uczucie ogłupienia. Te zresztą niegroźne objawy łatwo lekarzowi przebolеć wobec stanowczej skuteczności leku. Lomer (*ibidem*) stwierdził również korzystny wpływ antytyreoidyny przedewszystkiem na objawy sercowe, które pojawiły się wraz z innemi oznakami choroby Basedowa po dwa lata ciągnącej się psychozie. Na stan psychiczny leczenie to niestety nie wpłynęło. L. zaznacza, że działanie leku trwa tylko tak długo, jak długo go się podaje. Już na trzeci dzień po odstawieniu leku objawy sercowe wróciły. Niemniej jednak, choć lek nie działa trwale, uznać go należy za jedynie prawdziwie skuteczny środek objawowy. *M.*

* * *

V. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Dokończenie).

Pod latami 1590 i 1591 wspominają akta o lekarzu duchownym, który jednak nie był członkiem kapituły, mianowicie o Janie Alantsse[153]) (Joannes Halancij), doktorze medycyny i o plebanie wsi Wzdol[154]), a pod rokiem 1595 tylko mimochodem o doktorze Erazmie. Z tej krótkiej notatki, która wymienia tego ostatniego lekarza, nie jesteśmy nawet w stanie powiedzieć, czy tu mamy przed sobą lekarza świeckiego, czy też duchownego. Prawdopodobieństwo przemawia za pierwszem przypuszczeniem, gdyż akta tytułują go jedynie „medicinae doctor“. Stanowisko jego jako lekarza musiało być wybitne, skoro się piszący o nim wyraża „excellens et clarissimus vir“. Umarł prawdopodobnie na kilka lat przed r. 1595, gdyż członkowie kapituły w tym właśnie roku z żalem stwierdzają, że kapituła od czasu jego śmierci nie przestrzega dawnego zwyczaju ustanawiania lekarza, czy to z grona swoich członków, czy też bodaj z poza tegoż („si non in gremio suo tum certe extra[155])“. Chcąc tej potrzebie zadość uczynić („propter curationem adversas suae valetudinis ac aliis de causis“), przystąpiono 14-go października 1595 r. do wyboru lekarza kapitulnego i zgodzono się na Walentego Fontana[156]), któremu przyrzeczono zwykłe w tych razach wynagrodzenie („solitum solarium“). Ze względów jednak prawdopodobnie oszczędnościowych nakazano mu objąć urząd swój dopiero w styczniu następnego roku. Fontanus spełniał zaledwie tylko $2^1/_2$ lat obowiązki lekarza kapitulnego. Pod rokiem bowiem 1599 znajduje się w aktach krótka sucha notatka „placuit reverendis dominis ut doctor medicinae Fontanus, qui adhuc usque inserviebat reverendis dominis, ut abrogetur et liber ab eisdem servitiis pronuntietur[157])“.

W osiem lat później napotykamy przy kapitule innego lekarza świeckiego. Był nim Jakób Roskowicz[158]), lekarz przyboczny biskupa krakowskiego Piotra Tylickiego, któremu zawdzięczał osiągnięcie godności lekarza kapitulnego. Za czynności jego nie przyrzeczono mu żadnego rocznego wynagrodzenia, lecz oddano jemu i jego prawnej małżonce Annie Flandrowiczowej wieś Gołaczów, — opróżnioną właśnie z powodu śmierci Mikołaja Wilczka, — wraz z trzema kmieciami. W zamian za to żądano od niego jedynie bezwarunkowego udzielania pomocy lekarskiej członkom kapituły, ile razy tego tylko potrzeba zajdzie („....Simulque eundem dominum doctorem monuerunt ut requisitus suam industriam ac operam illis qui in sua infirmitate consilia eius indiguerint non deneget. Quiquidem dominus doctor pro tanta gratia suis d. r. uigentes gratias egit et suam industriam et operam ad requisitionem cuiuslibet reverendorum dominorum non denegaturum se obtulit[159])“.

Roskowicz zgodził się na te warunki. Jak długo tę godność sprawował, nie jest w aktach uwidocznione. Umarł w r. 1622.

Gąsiorowski[160]) wspomina w swojej historyi kanonikatu doktora medycyny o Roskowiczu, jako o kanoniku nadliczbowym gnieźnieńskim. Gdy jednak ani napis na nagrobku, przytoczony przez Starowolskiego[161]), ani akta kapitulne nie wymieniają tej jego godności i gdy Roskowicz, o którym Gąsiorowski wspomina, jest doktorem medycyny i filozofii, a naszego tytułują akta i nagrobek jedynie doktorem medycyny, zachodzą poważne wątpliwości, — na które zresztą i Gąsiorowski już uwagę zwrócił, — czy wogóle Roskowicz gnieźnieński jest identyczny z krakowskim?

Po śmierci Roskowicza była kapituła dłuższy przeciąg czasu bez lekarza. W gronie bowiem swojem nie miała od czasu śmierci Fugelwedera żadnego kanonika lekarza, a świeckiego nie zamianowała sobie również. Dopiero w r. 1634 wszedł do kapituły Krzysztof Sapellius[162]),—zwany także Sapalskim,— doktór teologii i medycyny, kanonik kościoła WW. Świętych w Krakowie, dziekan kielecki, sekretarz i lekarz Zygmunta III i Władysława IV, wicekanclerz uniwersytetu krakowskiego. Sapalski należy do rzędu tych lekarzy, o których dotychczasowe dzieła opowiadają bez mała tylko tyle, ile się można z napisu na jego nagrobku dowiedzieć. W uzupełnieniu dotychczasowych wiadomości dodamy tutaj kilka szczegółów, które opowiada instrument jego przyjęcia do kapituły. Z tego wynika, że Sapalski odbył studya lekarskie w Padwio, gdzie słuchał między innymi wykładów Benedykta Silwatyka, Fabrycyusza ab Aquapendente (anatomia i chirurgia), Sanctorio de Sanctoriis i Aleksandra Vigontiusa i gdzie się w r. 1615 na lekarza promował. Akta kapituły wspominają wprawdzie o Sapalskim, jako i o doktorze praw, co się jednak zdaje być pomyłką, gdyż z wyjątkiem jednego razu, nigdzie nie napotykamy obok jego nazwiska dopisku „utriusque iuris doctor[163]). Opierając się na tem, że kanonia lekarska w Krakowie nie była obsadzoną, ubiegał się o takową, gdy się w roku 1634 przez śmierć Łukasza Doktoriusa opróżniła jedna kanonia. Polecony przez Jana Alberta, kardynała i administratora biskupstwa krakowskiego, został przyjęty do kapituły katedralnej „pro quinto canonico et doctore medicinae“, otrzymując prebendę Krzesławice[164]). Tego samego jeszcze roku nadano mu i prowizyę domu kanoników („domum canonicalem partis dextrae eundo ex arce sextam“), gdy dotychczasowy jego prowizor Jakób Kołaczkowski

[153]) Starowolski: Monumenta. p. 147. — Arnold: Druga rozprawa. str. 263. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 192 i 201. — Kośmiński: Słownik.

[154]) Acta actorum: vol. VIII. p. 318 et 326.

[155]) Acta actorum: vol. VIII. p. 764.

[156]) Starowolski: Monumenta. p. 161. — Siarczyński: Obraz wieku panowania Zygmunta III. Lwów, 1828. T. I. str. 128. Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jag. T. II. str. 47; T. III. str. 442; T. IV. str. 216; T. V. str. 187—196. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 316. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 214, 225, 231. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 121 i 210. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne. — Acta actorum: vol. VIII. p. 770.

[157]) Acta actorum: vol. VIII. p. 841.

[158]) Arnold: Druga rozprawa. str. 264. — Muczkowski: Liber prom. p. 239. — Oettinger: Rys dawnych dziejów. str. 228. Kośmiński: Słownik.

[159]) Acta actorum: vol. X. fol. 151.

[160]) Historya kanonikatu. str. 309.

[161]) Monumenta. p. 78.

[162]) Starowolski: Monumenta. p. 45. — Arnold: Druga rozprawa. str. 265. — Siarczyński: Obraz panowania Zygmunta III. T. II. str. 177. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 334. — Muczkowski: Liber prom. p. 268 et 269. — Majer: Wiadomości z życia profesorów. str. 43. — Łętowski: Katalog. T. IV. str. 30. — Kośmiński: Słownik.

[163]) Acta actorum: vol. XIII. fol. 378.

[164]) Ibidem: f. 195.

w zamian za ten dom inny otrzymał. W r. 1644 wysyła kapituła Sapelliusa do Torunia celem rozprawienia się z heretykami. Sapellius wyjechał tam, mianując swoimi zastępcami (prokuratorami) w sprawach dotyczących swojej kanonii i dóbr katedralnych, kanoników Mikołaja Skarszewskiego i Mikołaja Oborskiego; nie zdziaławszy jednak w Toruniu nic, wyjechał z polecenia króla w roku następnym na powtórną rozprawę do Warszawy.

Po powrocie z Warszawy został prowizorem innego domu kanoników („in castro cracoviensi ex opposito portae maioris ecclesiae cathedralis cracoviensis sitae“), który poprzednio należał do sufragana Tomasza Oborskiego. Z dóbr kapitulnych nadano Sapelliusowi Grembałów.

Umarł 16-go lipca r. 1648. Następcą jego w kanonii był doktór praw Kazimierz Waxmann, kanonik warmijski, wieś prestymonialną Grembałów nadano kanonikowi Janowi Romiszewskiemu, a dom kanoników Feliksowi Krzemieńskiemu, również kanonikowi krakowskiemu [165]).

Jednym z ostatnich lekarzy, którzy weszli w skład członków kapituły katedralnej, był Jan Broscius z Kurzelowa [166]), doktor teologii i medycyny, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, proboszcz międzyrzecki i staszowski. Było to w r. 1649, — a nie jak Kośmiński twierdzi w r. 1648, — kiedy się opróżniła kanonia i prebenda łętkowicka przez śmierć Pawła dziekana opatowskiego [167]).

Po tem, co już dotychczas ogłoszono, trudno o nowe szczegóły z jego życia. Kanonikiem katedralnym był zaledwie przez przeciąg czterech lat. Nie mógł więc tutaj rozwinąć większej dodatniej działalności. Nie udało mu się nawet przez ten krótki przeciąg czasu zostać prowizorem domu kanoników lub też otrzymać jakieś dobra kapitulne. Umarł w r. 1652. Testament jego przedłożył kapitule imieniem egzekutorów Stanisław Osędowski, doktor teologii i praw i kustosz kościoła WW. Świętych w Krakowie.

Opróżnioną kanonię i prebendę Łętkowice nadano — prawdopodobnie z powodu grasującej zarazy — dopiero w r. 1653 kanonikowi Janowi Cynerskiemu [168]).

Pod rokiem 1691 przytaczają akta katedralne znowu lekarza świeckiego, który pozostawał w stosunkach do kapituły. Był nim Jacek Łopacki [169]), profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Czy Łopacki spełniał wobec członków kapituły obowiązki lekarza, nie można z pewnością powiedzieć na podstawie tego, co w aktach zapisano. Z tych wynika jedynie, że mu kapituła oddała, prawdopodobnie jeszcze przed rokiem 1691, wieś Mysławczyce i że on wystąpił w r. 1700 z jakiemiś pretensyami do kapituły. Prawdopodobnie szło o rozwiązanie kontraktu dzierżawy przed oznaczonym — podług warunków umowy, — czasem. Nad sprawą tą miano się zastanowić na jeneralnem posiedzeniu członków kapituły w maju 1699 roku. Z protokołu jednak posiedzenia ówczesnego wynika, że się nad tą sprawą więcej nie zastanawiano tak, że należy przypuszczać, iż ją już poprzednio ugodowo załatwiono. Dopiero pod rokiem 1702 czytamy, że wtedy, — a więc w roku śmierci Łopackiego — oddano w dzierżawę wieś Mysławczyce kanonikowi katedralnemu Kamockiemu [170]). Tyle o Łopackim i o jego stosunku do kapituły katedralnej.

Bez porównania więcej szczegółów zawierają nasze akta o synie jego Jacku [171]), doktorze teologii, infułacie, archipresbiterze kościoła Panny Maryi w Krakowie i dziekanie sandomierskim, który przyszedł na świat w r. 1690 w Krakowie, a zajmował członków kapituły swoją osobą już w czasie studyów [172]); przyznali mu bowiem wtedy zasiłek z fundacyi Słowikowskiego celem umożliwienia mu kształcenia się w naukach lekarskich we Włoszech, skąd po osiągnięciu tytułu doktora medycyny wrócił do kraju. Do kapituły katedralnej wstąpił w r. 1726, obejmując koadjutoryę kanonii i prebendy krzeszowskiej [173]), i odtąd cieszył się wielkiem zaufaniem i poważaniem ze strony innych członków kapituły, którzy niejednokrotnie temu wyraz dawali, obdarzając Łopackiego rozmaitemi godnościami. Już w r. 1727 poruczono mu wspólnie z kanonikiem Kazimierzem Morsztynem zbadanie stosunków w domu dla obłąkanych, w r. 1731 zostaje cenzorem „morum“, jeszcze tego samego roku prefektem „fabricae ecclesiae cathedralis“, a już w r. 1732 jej prokuratorem. W uznaniu zasług około zbadania spraw szpitala dla umysłowo chorych zamianowała go kapituła „protektorem“ tegoż zakładu. Obok tych godności pełnił Łopacki przez szereg lat godność prowizora szpitala św. Marcina i wchodził z ramienia kapituły w skład komisyi dodanej „loci ordinario“, a mającej za zadanie sądzenie spraw osobistych pomiędzy członkami kapituły. W r. 1743 wyjeżdża wspólnie z dziekanem Michałem Wodzickim, proboszczem Adamem Komorowskim i kanonikiem Franciszkiem Borowskim do Sącza, dokąd go wysłała kongregacya s. ritt., celem przygotowania materyału do przeprowadzenia procesu kanonizacyjnego św. Kunegundy [174]). Na rok przed śmiercią Łopackiego, bo w r. 1760, poruczyli członkowie kapituły jemu wraz z zastępcą dziekana i prefektem seminaryum teologicznego ważną sprawę uproszczenia ceremoniału, stosowanego w katedrze krakowskiej i ustanowienia pod tym względem pewnej stałej normy („ad reformandas constituendas ad normam ritualis romani, reducendas ceremonias in hac ecclesia cathedrali usitatas.... [175])“ Łopacki wywiązał się z zadania znakomicie, a wszystkie jego wnioski w tej sprawie, które sam na posiedzeniu kapituły w lutym roku 1761 przedstawił, zostały z wdzięcznością do wiadomości przyjęte. Wielokrotnie zostawał Łopacki prowizorem dóbr kapitulnych i domów kanoników. W r. 1732 otrzymuje wieś prestymonialną Zielonki, gdy jej dotychczasowy posiadacz kanonik Marcin Żeromski z niej zrezygnował; w roku 1737 traci wieś Zielonki na rzecz kanonika Waleszyńskiego, a sam dostaje dobra prestymonialne Dziekanowice, gdy ich dotychczasowy posiadacz archidyakon Kunicki otrzymał opactwo mogilnickie; w roku 1748 zostaje prowizorem wsi Tonie, gdy jej dotychczasowy posiadacz kanonik Trzebiński objął prowizyę wsi Wyciąże, a dobra Dziekanowice przypadły Chojnackiemu. Tonie zamienił na Wyciąże, gdzie się utrzymał aż do r. 1756, w którym to roku odstąpił je lekarzowi Rogallemu, a sam obejmuje ponownie wieś Tonie. Z domów kanoników przypadły mu następujące: dom przy ulicy św. Michała, z którego zrezygnował w roku 1755, poczem go oddano kanonikowi Kiełczeńskiemu, dom przy ulicy kanoników („prima eundo ex arce in parte dextra“), z którego w roku 1754 zrezygnował na rzecz kanonika Lipskiego.

Jako dowód, jak bardzo Łopacki cieszył się zaufaniem członków kapituły i jak bardzo ci go poważali, może posłużyć okoliczność, że go wielokrotnie mianowali egzekutorem swoich testamentów (Andrzej Węgrzynowicz, Marcin Waleszyński, Kasper Szczepkowski, Stanisław a Krętko Krętki, Andrzej Olszowski, Jan Lukini, biskup Michał Kunicki, proboszcz Franciszek Skarbek Borowski), lub plenipotentem przy objęciu kanonii katedralnej (Czerny, Walenty Pruski, biskup Marcin Załuski, Sierakowski, Podowski itd.).

Pod koniec życia swojego poczynił rozmaite darowizny na rzecz zakrystyi kościoła katedralnego, na rzecz dóbr Pabianice i ich kościoła. Umarł 12-go lipca roku 1761 starcem 71-letnim, mianując egzekutorami testamentu swojego sufragana Potkańskiego, Rogallego i Bodurkiewicza. Zwłoki jego pochowano w kościele P. Maryi w Krakowie („a tergo altaris crucifixi“), czyniąc w ten sposób zadosyć jego ostatniej woli. Co się tyczy daty śmierci Łopackiego, nie ma w tym kierunku jeszcze do dzisiejszego dnia zgody. Łętowski podaje wyżej przytoczoną datę, gdy Gąsiorowski uważa rok 1762 7-go sierpnia za rok śmierci Łopackiego, co za nim i Kośmiński powtarza. Przyczyny tego błędu nie jesteśmy w stanie podać. Pierwszy, który sprostował powszechnie przyjętą datę śmierci Łopackiego, był Łepkowski, odszukawszy nagrobek. Że zaś data, którą podaje Łepkowski, odpowiada rzeczywistości, nie może i z tego powodu ulegać wątpliwości, gdyż ją podają akta kapitulne, które zanotowały fakt zejścia Łopackiego bezpośrednio po jego zajściu,

---

[165]) Acta actorum: vol. XIV. p. 610, 617 et 623.

[166]) Starowolski: Monumenta. p. 185. — Arnold: Druga rozprawa o hojności królów. str. 269. — Siarczyński: Obraz panowania Zygmunta III. T. I. str. 46—48. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 123—131. — Majer: Zawód lekarski Jana Brosciusa. Rocznik wydz. lek. w Uniw. Jagiel. T. V. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 263 et 269. — Łukaszewicz: Historya szkół. T. I. str. 231. — Łętowski: Katalog. T. II. str. 85 do 99. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne.

[167]) Acta actorum: vol. XIV. p. 666—668.

[168]) Acta actorum: vol. XV. f. 48 v. et 59.

[169]) Rocznik wydz. lek. T. II. str. 49. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 310. — Muczkowski: Liber promotionum. p. 310, 313. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 26. Kośmiński: Słownik.

[170]) Acta actorum: vol. XVII. fol. 125, 126 et 148, vol. XVIII f. 194, 198 et 270.

[171]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. II. str. 311—313. Łętowski: Katalog. T. II. str. 296. — Biblioteka Warszawska. T. III z r. 1856. Łepkowski — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biogr. bibliogr.

[172]) Acta actorum: vol. XIX. fol. 222.

[173]) Acta actorum: vol. XX. fol. 437 et 438.

[174]) Acta actorum: vol. XXI. p. 585.

[175]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 313 et 363.

a nadto okoliczność, że kanonię jego nadano jeszcze 1-go sierpnia r. 1761 Janowi Kosińskiemu, a akt instalacyi tegoż już wtedy wspomina o Łopackim, jako o zmarłym kanoniku. W trzy lata po śmierci Łopackiego udzieliło grono kanoników katedralnych egzekutorom jego testamentu pozwolenia na umieszczenie i odpowiednie przyozdobienie tablicy pamiątkowej, uwieczniającej jego znaczenie i zasługi „....in pariete inter partes capellarum Staryszovianae et Zebrzydovianae in hac ecclesia cathedrali....[176])". Do urzeczywistnienia tego projektu przyszło jednak dopiero w roku 1768.

Prawie współczesny Łopackiemu był doktór medycyny i teologii Józef Rogalli[177]), kustosz kolegiaty kieleckiej i pileckiej, paroch Iłży, który do katedry krakowskiej wstąpił w roku 1727, obejmując kanonię i prebendę gunowską, opróżnioną z powodu śmierci kanonika Andrzeja Węgrzynowicza[178]). W r. 1737 oddali członkowie kapituły Rogallemu prowizyę wsi prestymonialnej Szmoniowice, gdy jej dotychczasowy prowizor kanonik Trzebiński w zamian za nią otrzymał wieś Witkowice. Niedługo potem otrzymał w zamian za Szmoniowice wieś Grembałów, a gdy w r. 1748 i z tej ostatniej zrezygnował na rzecz kanonika Łubińskiego, uzyskał prowizyę wsi Goszcza. W r. 1750 zostaje Rogalli administratorem klucza pabianickiego, za co mu przyznano tytułem wynagrodzenia dziesiątą część dochodów z niniejszego klucza; lecz już w r. 1751 prosi on o uwolnienie od poruczonego mu obowiązku, na co się kapituła zgodziła, przenosząc administracyę na kanonika Gorzeńskiego. W r. 1756 traci Rogalli prowizyę wsi Goszcza, a otrzymuje w zamian za nią wieś Wyciąże, którą aż do owej chwili posiadał Łopacki. Przy tej wsi utrzymał się już aż do końca swego życia. Obok wsi nadawano mu po kolei także i rozmaite domy kanoników. Starcem prawie 78-letnim podarował w r. 1763 kapitule katedralnej dom („penes portam castrensem sita") wraz z dochodami z niego, prosząc w zamian za to dla siebie jedynie o anniwersarz, na co się kapituła chętnie zgodziła[179]).

Rogalli był bardzo poważany przez członków kapituły, którzy nie omieszkali swym uczuciom dać wyraz, ilekroć się po temu sposobność nadarzyła. Jako dowód tego możemy także przyjąć okoliczność, że poruczano mu niejednokrotnie zadania, które wymagały szczególniejszego zaufania. W r. 1738 polecono mu zbadanie dochodów i wydatków kapitulnych i rewizyę fundacyi pobożnych, zostających pod nadzorem kapituły, a gdy się znakomicie ze swojego zadania wywiązał, zaszczycono go godnością prokuratora katedralnego[180]), co od tego czasu kilkakrotnie miejsce miało, a ostatni raz w r. 1761. Jak niegdyś Łopackiego, tak wybierano i Rogallego kilka razy cenzorem „morum".

Umarł 12-go listopada r. 1765 starcem prawie osiemdziesięcioletnim („prope octuagenarius")[181]), mianując egzekutorem testamentu kanonika Bieńkowskiego. Zwłoki jego pochowano w katedrze krakowskiej („inter ciborium et maius altare")[182]), gdzie („inter altare sancti Crucis et portam sacristiae") za zgodą członków kapituły wmurowano w r. 1768 i nagrobek („ad retinendam memoriam insignis pietate viri")[183]).

Wieś prestymonialną Wyciąże nadano po śmierci Rogallego scholastykowi Czernemu, a dom kanoników („in platea canonicali in parte sinistra a fine penultima") kanonikowi Niewieścińskiemu, gdy ten odstąpił swój dom kanonikowi Michałowskiemu.

Bez porównania krócej, aniżeli dwaj ostatni, wchodził w skład kapituły współczesny im Marcin Łaskawski[184]), doktór medycyny i praw, kanonik sandomierski, proboszcz i oficyał wiślicki i dziekan kościoła WW. Swiętych w Krakowie. Do kapituły wszedł starcem, obejmując koadjutoryę kanonii lekarskiej gonowskiej, której posiadaczem był naówczas Rogalli. Akt instalacyi[185]) jego odbył się 5-go października 1754 roku. Obok koadjutoryi nadano mu i prowizyę domu kanoników („eundo ex arce a manu dextra in ordine secunda"). O działalności jego w kapitule, nie wspominają jej akta prawie nic, gdyż z nazwiskiem Łaskawskiego spotykamy się w nich jeden tylko raz, gdy jako plenipotent Chyczewskiego objął w r. 1757 archidyakonat zawichoski. Umarł 3-go listopada roku 1757 „plenus dierum et meritorum". Pochowany w katedrze na Wawelu[186]).

Prowizyę domu Laskowskiego nadano jeszcze tego samego roku kanonikowi Bieńkowskiemu, gdy następcą jego w koadjutoryi prebendy gonowskiej został dopiero w r. 1762 Kazimierz Bodurkiewicz[187]).

Po śmierci Łaskawskiego nie powołali członkowie kapituły katedralnej żadnego więcej lekarza do swojego grona.

[176]) Acta actorum: vol. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV.
[177]) Łętowski: Katalog. T. IV. str. 6.
[178]) Acta actorum: vol. XX.
[179]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 465.
[180]) Acta actorum: vol. XXI. p. 472.
[181]) Acta actorum: vol. XXIV. p. 47.
[182]) Ibidem.
[183]) Ibidem. p. 221.
[184]) Łętowski: Katalog. T. III. str. 269. — Kośmiński: Słownik. — Giedroyć: Źródła biogr.-bibliogr.
[185]) Acta actorum: vol. XXIII. p. 11.
[186]) Ibidem. p. 175.
[187]) Ibidem. p. 429.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 sierpnia.

* Przy wyborach do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, dnia 30 czerwca b. r. dokonanych, zostali wybrani:

Członkami Izby: ze Lwowa: dr. Edward Gerard Festenburg, dr. Henryk Mehrer, dr. Jan Papée i dr. Włodzimierz Sieradzki; z powiatów: dr. Michał Kowalski ze Stryja, dr. Szczepan Mikołajski ze Lwowa, dr. Jakób Moszkowicz ze Lwowa, dr. Władysław Piaskiewicz z Kołomyi, dr. Zygmunt Smolarski z Przemyśla, dr. Adolf Stöckl z Czortkowa, dr. Władysław Tatarczuch ze Lwowa, dr. Stanisław Zasacki ze Szczurowic i dr. Aleksander Żukowski ze Stanisławowa.

Zastępcami członków Izby: ze Lwowa: dr. Izydor Feuerstein, dr. Adam Sołowij, dr. Michał Świątkiewicz i dr. Zdzisław Szydłowski; z powiatów: dr. Józef Gold ze Złoczowa, dr. Bronisław Kozłowski z Drohobycza, dr. Stanisław Krasowski ze Stanisławowa, dr. Zenobi Lewicki z Kołomyi, dr. Eugeniusz Szarkiewicz ze Lwowa, dr. Stanisław Ruczka z Niżankowic, dr. Ryszard Wilson z Kopyczyniec i dr. Włodzimierz Witoszyński z Tarnopola.

* Warszawsko-łódzki oddział sanitarny przenosi się, jak donoszą dzienniki, z Charbina do Warszawy, gdzie przybywszy w połowie września, ma w dalszym ciągu pielęgnować rannych.

* V międzynarodowy Zjazd ginekologiczny, który miał się odbyć we wrześniu r. b. w Petersburgu, ma być odroczony do roku przyszłego *(St. Petersb. med. Wochens.)*.

* VII międzynarodowy Zjazd hydrologiczno-klimatologiczny odbędzie się w Wenecyi 10—18 października 1905 pod przewodnictwem prof. Robina z Paryża.

* I międzynarodowy Zjazd anatomów odbył się 6—10 b. m. w Genewie przy udziale wszystkich ważniejszych „Towarzystw anatomicznych", istniejących w różnych krajach i odbywających przedtem swe zjazdy osobno.

* X Zjazd Towarzystwa im. Pirogowa odbędzie się w Moskwie w styczniu 1906.

* Rozporządzenie austr. ministerstwa spraw wewnętrznych zaleca lekarzom, by zapisując pastylki sublimatowe, dodawali zawsze „do rąk moich", gdyż gdyby przy opuszczeniu tego zastrzeżenia był sublimat, dostawszy się w ręce niepowołane, powodem nieszczęśliwego wypadku, wtedy odpowiedzialny będzie lekarz, a nie aptekarz.

* Aby ułatwić budowę rzeźni, odpowiadających wymaganiom sanitarnym, wydaje austr. ministerstwo spraw wewn. w „Oesterr. Sanitätswesen" opracowane odpowiednio „plany normalne", obejmujące 5 typów rzeźni dla gmin małych i średnich.

* Komisya, wyznaczona przez Towarzystwo chirurgiczne paryskie, uznała „przeciwrakową" surowicę Doyena za środek bezskuteczny i bezwartościowy.

* Rosyjskie ministeryum oświaty zezwoliło kobietom, które ukończyły Instytut lekarski w Petersburgu, obejmować przy uniwersytetach stanowiska asystentów i t. p.

* Szybki rozwój uzdrowisk dla suchotników w Niemczech odźwierciedla się w następujących liczbach: W r. 1892 było tylko 3 takie zakłady; w 1897 — 13, w 1902 już 56, a obecnie 68, nie licząc zakładów dopiero budowanych i zakładów prywatnych, których jest 27. Bardzo czynny udział w zakładaniu uzdrowisk ma w Niemczech stowarzyszenie Czerwonego Krzyża i krajowe zakłady ubezpieczeń, z których kilkanaście ma dziś własne uzdrowiska. Szereg uzdrowisk pobudowały Kasy brackie i gminy. Wreszcie i rząd przyczynia się poważnie zasiłkami finansowymi i darowizną ziemi pod budowę do rozwoju sanatoryów.

* W Bułgaryi wydał związek lekarzy bułgarskich popularny „Katechizm zwalczania gruźlicy“, rozdawany bezpłatnie w niezliczonych egzemplarzach, zwłaszcza między młodzież szkolną. Nadto ustanowieni w roku bieżącym we wszystkich bułgarskich szkołach średnich lekarze szkolni, badając dwa razy tygodniowo wszystkich uczniów, mają zwracać baczną uwagę na gruźlicę, by uczniów, nią zagrożonych lub dotkniętych, jaknajwcześniej odpowiednio leczyć można. A u nas?!

* Między 16—22 lipca stwierdzono w Galicyi 4 przypadki ospy w powiecie chrzanowskim, a przypadki duru plamistego w następujących powiatach: Brzeżany (13), Buczacz (4), Horodenka (5), Tarnopol (8), Tłumacz, Turka, Żółkiew (po 2), Cieszanów, Dobromil, Przemyśl, Przemyślany, Śniatyn, Stanisławów, Stary Sambor, Złoczów (po 1).

Mianowania i odznaczenia. Prof. Ivan Honl mianowany prosektorem szpitala na Kral. Vinohradach w Pradze. — Prof. Podwysocki z Odessy mianowany kierownikiem „Instytutu med. doświadczalnej“ w Petersburgu. — Dr. A. Juras mian. dyrektorem szpitala w Białej.

Nekrologia. Zmarli: prof. Honsell, chirurg, w Karlsruhe, prof. Schönberg, ginekolog, w Chrystyanii, prof. Hyernaux, ginekolog, w Brukseli. Dr. Żerański, lekarz kolei iwangr.-dąbr., w Radomiu; Dr. Szumowa-Simanowska, współpracowniczka wielu prac ś. p. Nenckiego, w Petersburgu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Bartkiewicz: Odłuszczenie torebki nerkowej w chorobie Brighta. Korzon: Przyczynek do opoterapii. Oporeiina Poehla w zapaleniu nerek (dok.). Rzętkowski: O czynności serca w świetle najnowszych badań (dok.).

— *Medycyna* Nr. 30. Lemberger: Czy można zastąpić wody mineralne sztucznemi? (dok.). Hertz: O tracheotomii w suchotach krtani (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 8. Wajgel E.: O higienie zdrojowisk. Barzycki: Sprawozdanie roczne o inspekcyach w r. 1902 (c. d). Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 31. Janský: Neurofibrilly za poměrů normálních a pathologických. Pruška: Puerneralni sepsis pneumokokkova. Kimla: Latentní hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.). Khek: Cysta dermoidalní překážkou porodní.

— *La Presse médicale* Nr. 59. Labbé: Działanie moczopędne zapomocą napojów. Nittis: Wrzekome zapalenie wyrostka robaczkowego. — Nr. 60. Bué: Idealny „żłóbek“ dla dzieci. Le Ray: Mechanizm rozwoju zimnicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Gerber: Kliniczne i bakteryologiczne rozpoznanie przy włóknikowych zapaleniach górnych dróg oddechowych. Beitzke: O drodze, którą prątki gruźlicze dostają się z ust i gardła do płuc. Weleminsky: W sprawie patogenezy gruźlicy. Schulz: Doświadczalne przyczynki do leczenia światłem. Karewski: Operacyjne wyleczenie zakrzepu zatok pochodzenia usznego z wtórną osteoplastyką ubytku czaszki. Davidsohn: Barwienie krętków kresylfioletem. Bosse: Obecny stan nauki o zapaleniu wyrostka robaczkowego.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 31. Forster i Kayser: O znajdowaniu się prątków durowych w żółci chorych na dur i „przenosicielach prątków duru“. Oberndorfer: Mnogość nowotworów. Noeggerath i Staehelin: W sprawie wykazania krętka bladego we krwi chorych na kiłę. Rebentisch: Doszczętne wyleczenie zatrzymania moczu wskutek przerostu sterczu zapomocą prostatectomia suprapubica totalis. Bruns i Müller: Przechodzenie larw tęgoryjca przez skórę ludzką; znaczenie tego sposobu zakażenia w szerzeniu się i zwalczaniu choroby. Riebes: Modyfikacya sposobu barwienia Zollikofera. Joseph: W sprawie zmniejszania nosa. Stubenrauch: Prosty hak tchawiczny do użytku przy zmianie kaniul. Leo: O oznaczaniu kwasu w treści żołądkowej. Lüdke: O cytotoksynach szczególnie owaryotoksynach i tyreotoksynach. Beyer: Wpływ jazdy na kole na serce.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Rothberger: O odtruwającej czynności wątroby. Spitzer: O krętkach w tkankach kiłowych. Freund i Oppenheim: Dalsze przyczynki do radiometryi. Crippa: O Gynochrysma Hydrargyri.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 31. Lingelsheim: III. sprawozdanie z badań bakteryologicznych nagminnego zapalenia opon mózgowych. Ribbert: O raku Pageta. Joachimsthal i Cassirer: O bruzdach owodniowych i stopie szpotawej z uwagami o uszkodzeniach nerwów obwodowych przez bruzdy uciskowe, powstałe w życiu płodowem. Curschmann: W sprawie metodyki badania czucia mięśniowego i stawowego. Bloch: Przyczynek do patogenezy przewlekłego wrzodu żołądka. Spengler: Nowy uodporniający sposób leczenia gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny perliczej. Köppen: W sprawie rozpoznawania grypy i patogenezy jej objawów. Apelt: O ogólnej wązkości układu tętniczego (dok.).

— *Medizinische Klinik* Nr. 35. Lüthje: O nowszych poglądach w leczeniu cukrzycy. Ziehen: O guzach okolicy słuchowej (dok.). Robson: Sprawy zapalne trzustki, szczególnie nieżyt i zapalenie przewlekłe. Plaut: Przypadek dermografii u dotkniętego żółtaczką. Feldmann: Praktyczna ramka na nici. Mendel: Śródżylne zastosowanie kwasu salicylowego w ostrym gośćcu stawowym. Gerhardt: Mendelowskie prawo dziedziczności.

Redakcya otrzymała. Bogdanik: Skręt sznurka nasiennego. Odb. z „Przeglądu chirurgicznego“. Wróblewski: O reformie gminnej służby zdrowia w Galicyi. Odb. z „Głosu lekarzy“.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 31 (od dnia 30 VII do 5/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 24, dziew. 29; nieżywo: chł. 3, dz. 2. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 15, kob. 17; zamiejscowych: męż. 10, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 3, ob. 7. 3) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 2, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 14, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. 1, ob. 1. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 4, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 32, obcych 17.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. dr. Stanisław Ciechanowski.